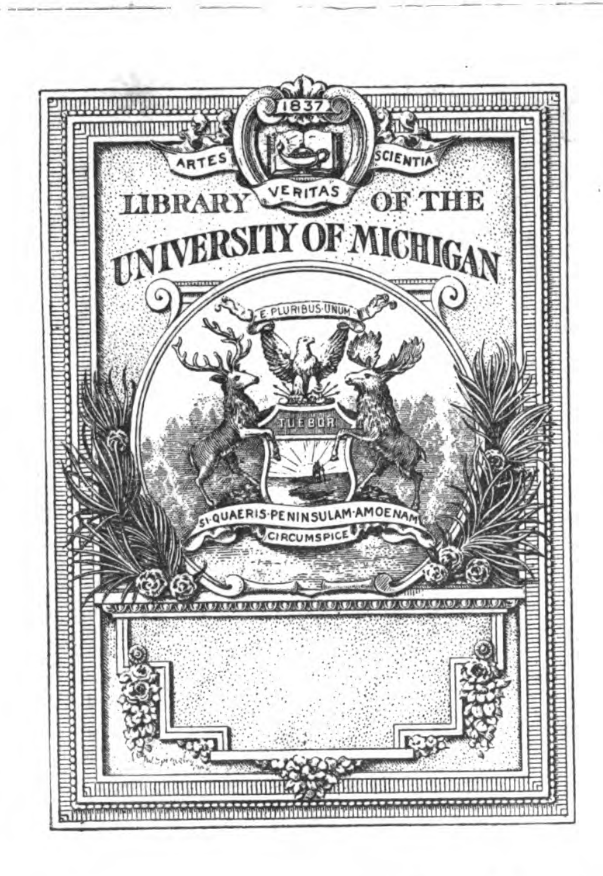

UNIV.
OF
MICH.




1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

Leicht abnorme Kinder

Von

Prof. Dr. phil. et med. **Wilhelm Weygandt**
in Würzburg



Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold
1905

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von
Direktor Dr. med. Konrad Alt,
Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

unter ständiger Mitwirkung

der Herren Prof. Dr. Anton in Graz, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln, Geh. Rat Dr. Binswanger in Jena, Prof. Dr. Bruns in Hannover, Prof. Dr. Cramer in Göttingen, Hofrat Prof. Dr. Fürstner in Strassburg Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Prof. und Direktor Dr. Kirchhoff in Neustadt (Holstein), Medizinalrat Dr. Krömer in Conradstein, Nervenarzt Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Medizinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Dr. P. J. Möbius in Leipzig, Med.-Rat Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöss in Kierling-Gugging b. Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Greifswald, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Rat Dr. von Strümpell in Breslau, Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Sanitätsrat Dr. Wildermuth in Stuttgart, Prof. Dr. Windscheid in Leipzig, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Prof. Dr. Ziehen in Berlin

herausgegeben von

Professor Dr. A. **Hoche**,
Freiburg i. Br.

Band VI, Heft 1.

Leicht abnorme Kinder

(nach einem auf der 35. Jahresversammlung der südwestdeutschen Irrenärzte zu Freiburg am 29. Okt. 1904 erstatteten Referate)

von

Prof. Dr. phil. et med. **Wilhelm Weygandt** in Würzburg.

Als vor 5 Jahren der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte ein Referat über ein dem heutigen verwandtes Thema, über die Imbecillität, erstattet wurde, da äusserte der damalige Referent, Direktor Dr. Sioli*) in Frankfurt, es sei nicht möglich, das ganze Gebiet erschöpfend vorzutragen, da der Umfang dazu doch zu gross sei und weiterhin auch schon die Abgrenzung ungemeine Schwierigkeiten bereite.

Das heutige Thema betrifft ein Gebiet, das an Ausdehnung eher noch grösser, an Kompliziertheit aber wohl auch nicht geringer ist, als die Imbecillität, so dass auch jetzt auf Zubilligung mildernder Umstände gerechnet werden darf, wenn von vornherein die Darstellung sich Schranken auferlegt.

Was verstehen wir unter leicht abnormen Kindern? Es handelt sich um ein nichts weniger als homogenes Material.

Wohl gehören zunächst hierher jene Kinder, die zwischen den imbecillen und normalen stehen, die vielfach sog. Debilen. Aber das ist nur eine Gruppe, die wesentlich durch intellektuelle Defekte leichterer Art auffällt. Nicht minder müssen wir uns beschäftigen mit dem, was Koch als psychopathische Minderwertigkeiten zusammenzufassen suchte. Indes auch damit ist das Thema keineswegs zureichend interpretiert. Wenn wir unter abnormen Kindern alles verstehen, was von der Norm, von der Durchschnittsbreite abweicht, so ist das ein weiterer Begriff als etwa die Entartung, die bei Koch eine so groses Rolle spielt, bei der wir aber nach Möbius**) Nachdruck auf

*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie B. LVII, S. 102.

**) Über Entartung, Wiesbaden 1900.

die Vererbbarkeit der Abweichungen vom Typus legen müssen. Auch vorübergehende Abweichungen vom Durchschnitt fallen unter die Abnormität. Vor allem auch rein exogene, vielfach lediglich durch das Milieu verursachte Abweichungen müssen wir berücksichtigen, weil sie sich oft in einer Weise äussern, die eine Abtrennung von andersartig bedingten Abnormitäten kaum erlaubt. Insbesondere dürfen wir „abnorm“ nicht mit „krankhaft“ identifizieren, denn jenes ist der weitere Begriff: ein Wildermuth'sches Ohr oder das Fehlen eines vor längerer Zeit verlorenen Fingers sind Abweichungen von der Norm, ohne dass wir dabei den Menschen als krank bezeichnen würden. Ebenso verhält es sich auf psychischem Gebiete: Rührseligkeit, die bei jedem traurigen Anlass zu Tränenergüssen führt, oder beim erwachsenen Menschen die Furcht vor Fröschen u. dgl. entsprechen nicht dem normalen Verhalten, ohne dass man das als krankhaft im gewöhnlichen Sinne bezeichnen und etwa an ärztliche Hilfe denken würde.

Darüber darf indes kein Zweifel sein, dass dieses grosse Gebiet eindringlich das Interesse des Arztes, vorzugsweise des Psychiaters, herausfordert. Nicht allein um deswillen, weil oft genug leichtere Abweichungen vom normalen Verhalten auch im Kindesalter die Vorboten späterer Irrsinnsformen schwerster Art sind, sondern auch weil der Psychiater zum Verständnis schwerer Defektzustände stets die leichtesten Formen bis zum Übergang in die Norm berücksichtigen muss und ihm ja bisher von Seiten der Normalpsychologie hinsichtlich der Feststellung einer normalen Breite im Bereiche des Psychischen nur in unzureichender Weise vorgearbeitet worden ist.

Möbius hat mit Recht den Mangel eines Kanons auf psychischem Gebiete beklagt. Sein eigener Versuch, in wenigen Worten den psychischen Habitus des normalen Menschen zu charakterisieren, hält sich fern von jeder zahlenmäßigen Festsetzung. Wie viel grösser wird nun die Schwierigkeit, wenn es sich nicht um den erwachsenen Menschen oder dessen Hauptrepräsentanten, Mann, Weib, Greis, Greisin handelt, sondern die variable Grösse des Kindes in seinen mannigfachen Altersstufen gemessen werden soll! Schon in rein körperlicher

Hinsicht ist es nichts weniger als leicht, die normalen Verhältnisse und Maße des Kindes von einem bestimmten Alter anzugeben. Gegen die Äusserung von Emminghaus, dass die medizinische Anschauung aus unzähligen Erfahrungen hinreichend zuverlässige Vorstellungen geliefert habe, um den Durchschnittstypus eines Kindes im Alter von 3, 6, 9 Monaten, von einem Jahre bis hinauf zu 13 und 14 Jahren zu erkennen, wurde von Seiten Ludwig Strümpells mit Recht Verwahrung eingelegt. Tatsächlich stecken wir, vor allem hinsichtlich der psychischen Seite des Kindes, erst in den Vorarbeiten. So lange die in erfreulichem Aufschwung begriffene Erforschung der Kinderpsyche noch nicht viel weiter vorgeschritten ist, sind Irrtümern Tür und Tor geöffnet. Manches Abnorme wird übersehen, vieles Normale ist noch wenig in den Bereich der Forschung gezogen, hat doch das so schwer zu beurteilende „Seelenbinnenleben" des Kindes erst in jüngster Zeit die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt*). Auf der andern Seite besteht die Gefahr, dass Äusserungen des Kindes für abnorm gehalten werden, die doch schliesslich bei jedem gesunden Kinde auch vorkommen können. Manches Vorurteil, das von einer nicht empirischen, mehr moralisierenden Psychologie genährt worden ist, muss noch bekämpft werden.

Möbius hat z. B. in Bezug auf den erwachsenen Menschen zutreffend betont, dass ein gewisser Grad von Grausamkeit zum normalen Menschen gehört und die Unfähigkeit, grausam zu sein, auf Abnormität schliessen lässt.

Lombroso bezeichnete das Kind als einen des moralischen Sinnes entbehrenden Menschen, der Zorn, Rachsucht, Eifersucht, Neid, Verlogenheit, Grausamkeit, Trägheit usw. als Regel erkennen lässt.

So wurde auch schon lebhaft darüber gestritten, ob das Kind von Natur lügnerisch sei oder nicht. Perez und Schinz behaupten, das Kind sei von Natur aus Lügner und Dieb. Dagegen traten Compayré, Sully und andere auf mit dem Argument, dass dem Kinde das Bewusstsein der Lüge fehle; wohl trifft das zu, ein Dolus ist nicht vorhanden,

*) Moses: Vom Seelenbinnenleben der Kinder, Pädagogisches Magazin, Heft 105, Langensalza 1898.

aber der äussere Tatbestand bleibt, dass auch das gesunde Kind im frühen Alter vielfach Behauptungen vorbringt, von denen es wissen kann, dass sie den Tatsachen nicht entsprechen.

Zu diesen, in der Sache selbst begründeten Schwierigkeiten gesellen sich noch weitere: Die Frage der zweckmäßigen Materialbeschaffung und der Quellenverwertung. Irren- und Idiotenanstalten mit ihren schweren Abnormitäten kommen hier nicht in erster Linie in Frage. Aber auch die Hilfsklassen, deren es in Deutschland jetzt etwa 600 gibt, enthalten unter ihren schwachbefähigten Kindern ein Material, das eigentlich noch eine Stufe tiefer steht und im wesentlichen der Imbecillität von ruhigerem Charakter entspricht. Abgesehen von einigen privaten Erziehungsanstalten für pathologische, schwer erziehbare Kinder, kommen die leichten Fälle dem Arzte ambulant zu Gesicht; in dem Würzburger Ambulatorium für psychisch-nervöse Erkrankungen machen gerade die pathologischen Kinder einen grossen Bruchteil aller Fälle aus (etwa 15%). Weiterhin aber ergibt sich neuerdings die Möglichkeit zu einer Beobachtung im grösseren Stil durch die Institution, die in Mannheim auf geradezu vorbildliche Weise ins Leben gerufen wurde, das Förderklassensystem der Volksschule. Wir kommen später noch darauf zurück, vorläufig sei nur soviel zur Orientierung erwähnt, dass es sich um einen Versuch handelt, den Schülern, die in den gewöhnlichen Klassen nicht mitkommen können oder durch Krankheiten und äussere Umstände zurückgeblieben sind, durch Zusammenfassung in kleinere Klassen mit intensivem Unterricht doch noch einen in sich abgeschlossenen, wenn auch etwas kürzeren Volksschulbildungsgang zu verschaffen. Eine ärztliche Untersuchung der schulpflichtig werdenden Kinder in der Schweiz stellte 1903 unter 57765 Kindern 10% abnorme, einschliesslich der körperlich gebrechlichen fest; von diesen war wieder $^1/_{10}$ geistig schwächer veranlagt.

Die literarischen Quellen für unsere Frage fliessen wohl recht reichlich, aber ihre Zugänglichkeit und Verwendbarkeit lässt doch zu wünschen übrig. Ein grosser Teil rührt von pädagogischer Seite her, manches davon ist für den Mediziner wenig brauchbar, nicht so sehr wegen unzureichender Be-

obachtung als wegen einer Verquickung mit allen möglichen Tendenzen, mit moralisirend-religiösen Auseinandersetzungen, mit Herbart'scher Psychologie und vielfach auch mit unverdauten hirnanatomischen und hirnphysiologischen Dingen. Um ein Beispiel zu bieten, erwähne ich, dass das grundlegende und an sich höchst verdienstvolle Werk von L. Strümpell über pädagogische Pathologie*) nach einer Aufzählung von etwa 300 sog. Kinderfehlern zu dem unwissenschaftlichen Schluss gelangt: daraus, dass diese Anzahl pädagogischer Fehler die der körperlichen Kinderkrankheiten um das Dreifache übertrifft, sei deutlich genug bewiesen, „dass das geistige Leben auch von seiner übelen Seite ein grosses Übergewicht über das körperliche Leben hat."

Aus diesen Vorbemerkungen ergibt sich, dass der Versuch einer abgeschlossenen, einigermaßen vollständigen Darstellung des Gebietes verfrüht wäre und heutzutage noch als undurchführbar gelten muss. Ich will mich daher von vornherein nur auf Hervorhebung einiger wichtiger, richtunggebender Gesichtspunkte beschränken, werde eine Detailmalerei nur an vereinzelten Stellen anstreben und würde zufrieden sein, wenn Sie dem Referate wenigstens eine gewisse Anregung zur weiteren Berücksichtigung dieser Probleme entnehmen würden.

Zunächst möchte ich eine kritische Erörterung der ursächlichen Momente für die leichteren Abnormitäten des Kindesalters geben, darauf in aller Kürze eine Übersicht über die wichtigsten Einzel-Symptome, um dann den Versuch einer Gruppenbildung im klinischen Sinne zu machen. Ein Ausblick auf die therapeutische Stellungnahme soll den Schluss bilden. Auf mehrere Gruppen, so die Hysterie des Kindesalters, werde ich nicht eingehen, da der Herr Correferent sich hierüber ausführlicher äussern wird. Auch einzelne Symptomkomplexe kann ich nur streifen, so die Sprachstörungen, da sie eigentlich schon Objekt einer besonderen wissenschaftlichen Betätigung, eines eigenen Spezialfachbilden, dann die sexuellen Störungen usw. Von jeder Des taillierung im therapeutischen Teil, vor allem von einem Ein-

*) Die pädagogische Pathologie oder die Lehre von den Fehlern der Kinder. VI. Aufl. Leipzig 1899. S. 95.

gehen auf die Maßregeln pädagogischen Charakters, werde ich mich der Kürze der Zeit wegen von vornherein gänzlich fernhalten.

Schliesslich sei auch noch hervorgehoben, dass unter dem kindlichen Alter vorzugsweise das schulpflichtige Alter und die nächstvorhergehenden Jahre zu verstehen sind, von der Zeit des Sprechenlernens beim normalen Kind bis zum Beginn der Pubertät. Das Säuglings- und früheste Kindesalter würde ebenso wie die Pubertät eine besondere Besprechung verlangen, sie sind kritische Zeiten, in denen auch das gesündeste Kind vielfach aus dem psychischen Gleichgewicht kommt, während die dazwischen liegende Zeit, abgesehen von der Episode der 2. Dentition, eine Periode ruhigerer, gleichmäßiger Entwicklung darstellt.

Ätiologie.

Wenn wir eine Schar psychisch von dem Durchschnitt abweichender Kinder vor uns haben, gilt es zunächst, die Fälle auszusondern, in denen lediglich äussere Umstände, das Milieu, die ungünstige Wirkung erzielt haben. Schon beim ersten Besuch der Wiederholungsklassen in Mannheim kann der erfahrene Lehrer demonstrieren, dass eine Gruppe der Kinder lediglich deshalb nicht gleichen Schritt mit den Altersgenossen halten konnte, weil sie durch äussere Umstände von der richtigen Erziehung und dem Unterrichte abgehalten worden sind. Vor allem wird vielfach durch Orts- und Schulwechsel das Kind für einige Zeit dem Unterricht entzogen, es kommt in eine fremde Umgebung, vielleicht in eine Klasse mit anderem Lehrplan und sticht daher ungünstig von den übrigen ab. In einer Wiederholungsklasse, die ihm besondere Sorgfalt angedeihen lässt, pflegt es aber alsbald wieder das Versäumte einzuholen und wird dann in die Normalklasse zurückversetzt.

Im ganzen ähnlich, nur eine Nüance schlimmer liegen die Verhältnisse, wenn die äusseren Umstände die geistige Entwicklung nicht nur durch Unterrichtsmangel einfach unterbrechen, sondern auch der Mangel an Erziehung im Familienkreise eine gewisse Verwahrlosung aufkommen lässt. Der Fall kann z. B. eintreten, wenn die Eltern längere Zeit durch

Krankheit oder andere Umstände ferngehalten sind. Ein paar Zöglinge der Mannheimer Nachhilfeklassen waren soweit auf sich selbst angewiesen, dass sie sich sogar ihr Mittagessen selbst bereiten mussten.

Bedenklicher wird es, wenn das Milieu den Erziehungszwecken direkt entgegenarbeitet. So, wenn das Kind durch eine Berufsarbeit in Anspruch genommen wird, etwa den Abend als Kegeljunge funktionieren muss oder morgens früh Zeitungen oder Brötchen auszutragen hat. Solche armen Geschöpfe, die nicht die nötige Nachtruhe finden, körperlich überarbeitet sind und dazu schlechte Nahrung, womöglich auch Alkohol bekommen, sind unter den minderwertigen Schülern nicht selten zu finden, trotzdem behördlich gegen die Kinderarbeit immer mehr eingeschritten wird.

Noch weiter kann das Kind von der Norm abgedrängt werden durch direkte Einwirkung psychischer Art, wie es das schlechte Beispiel herabgekommener Eltern, die Trunksucht des Vaters, die Prostitution der Mutter ist.

Vielfach erleidet die normale Ausbildung eine Unterbrechung dadurch, dass der körperliche Organismus des Kindes krankhaft beeinflusst wird. Hierher gehören die mannigfachen Kinderkrankheiten, die ein in günstigen Verhältnissen befindliches Kind psychisch nicht oder nur ganz vorübergehend affizieren, während sie im Verein mit anderen Umständen sehr wohl einen länger dauernden psychischen Defekt veranlassen können; noch gefährlicher steht es mit der Darreichung von Alkohol, dessen verheerende Wirkung im einzelnen ich ja in dieser Versammlung nicht zu schildern brauche.

All das sind exogene Ursachen, die die normale Entwicklung hemmen oder ihr direkt entgegenarbeiten, ohne dass sie nach ihrem Verschwinden einen bleibenden Defekt hinterlassen müssten.

An Wichtigkeit übertroffen werden sie noch durch jene Momente, die die normale psychische Entwicklung dauernd schädigen.

Hier müssen wir anknüpfen an die Lehre von den Ursachen der Idiotie, des schwersten Grades geistiger Minderwertigkeit

vom Kindesalter her. Es tritt heutzutage mit Recht immer deutlicher das Bestreben in den Vordergrund, aus der bunten Fülle von Formen, die wir gewöhnlich mit dem Sammelnamen Idiotie belegen, einzelne ätiologisch und pathologisch-anatomisch fixierte Gruppen herauszubilden. Schon Griesinger bemühte sich in dieser Richtung, Sommer, Kraepelin und neuerdings Alzheimer haben dahin gewirkt und ich konnte mich bei der Abgrenzung des kretinistischen Schwachsinns ebenfalls mehrfach an diesen Bestrebungen beteiligen.

Einige Formen nun, die ihrem Wesen nach unter vollständigem körperlichen und geistigen Verfall mit dem Tode zu endigen pflegen, wie die Sachs'sche familiäre amaurotische Idiotie oder die infantile Paralyse oder vielfach auch die meningitische Idiotie Bournevilles, interessieren uns hier nicht weiter. Bei anderen Formen aber müssen wir sagen, dass es sich um hirnschädigende Ursachen handelt, die graduell im hohen Grade abstufbar sind.

Während schwere Fälle von Hydrocephalie, wenn sie nicht alsbald mit dem Tod enden, doch wenigstens zu hochgradiger Verblödung führen, sehen wir oft die anatomischen Merkmale des hydrocephalen Schädels deutlich ausgeprägt, ohne dass der Inhaber geistig defekt wäre. Bekanntlich wurden auch an den Schädeln von Helmholtz und Menzel hydrocephale Zeichen festgestellt, ja es wurde bei solchen Gelegenheiten schon eine Theorie über den Zusammenhang der Hydrocephalie mit genialen Leistungen aufzustellen versucht. Zweifellos ergibt sich aus der Betrachtung so verschiedenartiger Fälle, dass ein hydrocephales Hirn in seinen Funktionen gar nicht, leicht oder auch erheblich gestört sein kann, in fliessendem Übergang der verschiedenen Fälle, ohne dass ein einigermassen genauer Parallelismus zwischen dem Grade des psychischen Defektes und der äusserlich erkennbaren anatomischen Abnormität immer nachweisbar wäre.

Ähnlich, doch etwas schwieriger ist die Beurteilung der Mikrocephalie. Neuerdings wird darauf hingewiesen, dass die Annahme eines reinen Stillstandes in der Entwicklung der nervösen Elemente während der Embryonalzeit und frühesten Kindheit, einer blossen Entwicklungshemmung ohne krankhaften



Prozess, nur recht selten gerechtfertigt ist. In der Mehrheit der Fälle handelt es sich wohl um den Einfluss entzündlicher Vorgänge, die die Rinde oder oft auch nur einzelne Teile in ihrer Entwicklung gestört haben. Aber auch hier ist zuzugeben, dass die Läsion graduell ungemein verschieden sein kann. Manche Fälle von Mikrocephalie sind beschrieben worden, die verhältnismäßig wenig geistige Insuffizienz aufweisen, ich erinnere nur an den bekannten nanosomen, zwerghaften Vogelkopfmenschen Dobos Janos, der von Rieger, Hansemann*) und anderen untersucht wurde und nach Rieger**) ein approximatives Hirngewicht von 600 g hat. Unter den Mannheimer Schülern einer Wiederholungsklasse, nicht etwa einer Hilfsklasse für Schwachbefähigte, traf ich ein Mädchen von $11^1/_3$ Jahren, das neben Zwergwuchs von 95,5 cm (statt 131—137 in der Norm) einen Schädelumfang von nur 46 cm aufwies (normal 49 cm), der dem Alter von $1^3/_4$ Jahren entspricht; ihre Leistungen im Deutschen und Rechnen waren ungenügend, doch war sie im übrigen brav, aufmerksam, pünktlich und reinlich.

Andere Wiederholungsschüler wiesen einen weit grösseren Schädelumfang auf als ihrem Alter entsprach, so hatte ein 10jähriger Knabe, der aus der Hilfsklasse in die Wiederholungsklasse aufrücken konnte, 55 cm Horizontalumfang (statt 48,5 in der Norm), ohne hydrocephalen Habitus.

Wir müssen daraus schliessen, dass es für jene Affektionen, die in schwerer Ausprägung Idiotismus bedingen, vielfach auch formes frustes gibt, die nur eine leichte Abnormität im kindlichen Alter zur Folge haben.

Zweifellos lässt sich ein verwandtes Verhältnis auch finden bei den durch Encephalitis und Epilepsie verursachten Formen der Idiotie. Besonders schön zeigt der psychische Defekt alle Schattierungen vom tiefsten Blödsinn bis zu einer leidlichen geistigen Leistungsfähigkeit bei den echten Cretinen, ohne dass der Parallelismus zwischen Körperdegeneration und psychischem Defekt immer streng eingehalten wäre.

---

*) Echte Nanosomie mit Demonstration eines Falles, Berliner klinische Wochenschrift 1902, S. 1209.

**) Sitzungsberichte der Würzburger physikalisch-medizinischen Gesellschaft, 1895.

So aussichtsvoll und wichtig die Versuche sind, durch die pathologisch-anatomische und ätiologische Forschung einen Wegweiser in dem verwickelten Gebiet der Idiotie zu finden, so pflegt doch heutzutage jeder Autor noch die verschiedenen Formen schliesslich im klinischen Sinne zu gruppieren. Das hat um so mehr Berechtigung, als ja allen diesen Formen der wichtige Umstand, dass bei ihnen im Gegensatz zu den sonstigen Geistesstörungen es nie zur Entwicklung einer Persönlichkeit gekommen war, doch ein gemeinsames Gepräge verleiht.

Angesichts dessen können wir auf unserem Gebiete der formes frustes von den minder handgreiflichen anatomischen Merkmalen und ätiologischen Gesichtspunkten noch viel weniger eine alles Dunkel aufhellende Beleuchtung erwarten, vielmehr werden wir uns in zahlreichen einzelnen Fällen lediglich auf eine Beschreibung des klinisch-psychologischen Tatbestandes beschränken müssen und hinsichtlich der Ursachen und anatomischen Grundlagen des Zustandes nicht über Vermutungen hinauskommen.

Eine Reihe ätiologischer Momente verdient nun weiterhin noch neben jenen von der Idiotie her bekannten, aber in milderer Form auftretenden Schädigungen ihre Berücksichtigung.

Auf die Bedeutung der toxischen Ursachen von dauerndem Einfluss brauche ich nur in Kürze hinzuweisen. Der Alkoholismus ist an der Hervorrufung schwerster idiotischer Zustände anerkanntermaßen so oft beteiligt, als hereditär-degeneratives Moment, wie auch als direkt dem Kinde verabreichtes Gift, dass es selbstverständlich ist, ihn auch hinsichtlich leichterer Zustände psychischer Insuffizienz im Kindesalter an einer der ersten Stellen zu sehen.

Anführen möchte ich noch, dass in einer 2. Wiederholungsklasse zu Mannheim eine Schülerin, die sich auch durch Unruhe, Lügerei, Diebstahl usw. auszeichnet und angeblich eine Frühgeburt im 6. Monat ist, von einer Mutter stammt, die in der Gravidität längere Zeit mit Morphium behandelt worden war.

Unter den dauernden Schädigungen des Gesamtstoffwechsels verdienen eine Reihe von Fällen mehr Be-

achtung, über die neuerdings Ferrannini*) eingehend berichtet hat. Schon 1871 wurden Fälle von Tuberkulose mit persistierendem infantilen Habitus und geistiger Minderwertigkeit als Type Lorain beschrieben. Seither ist die Aufmerksamkeit noch mehrfach auf ein derartig bedingtes Zurückbleiben in der kindlichen Entwicklung mit Zwergwuchs, dünnen Knochen, Zahndefekten, schlaffen Muskeln, dürftigem Haarwuchs, unentwickelten Geschlechtsteilen gelenkt worden.

Ebenso bleibt auf Grund hereditärer Lues öfter der Organismus hinter der Altersstufe zurück. Der Malaria-Infantilismus kommt für uns nicht näher in Betracht. Eher zu berücksichtigen ist der Infantilismus auf angiodysplastischer Basis, das körperliche und geistige Zurückbleiben auf Grund von angeborener Gefässverengerung, sowie von angeborenen oder früh erworbenen Herzfehlern, besonders Pulmonalstenose und Mitralstenose. Der ganze Körperbau pflegt zurückzubleiben, die Dentition und Pubertät sind verzögert, die Intelligenz ist vermindert, vor allem herrscht Apathie, die Sensibilität ist abgestumpft; der Circulationsstörung entspricht Hypoglobulie.

Ganz unsicher ist die Beurteilung des Schädeltraumas als Ursache des Defektes mancher Wiederholungsschüler, wie es die Anamnese gelegentlich angab.

Für uns von der grössten Wichtigkeit jedoch ist die Frage: welche Abnormitäten zeigen solche Fälle im Kindesalter, die später an einer schweren Psychose erkranken? Vorläufig sind wir da fast ganz auf die von Laien überlieferte Anamnese angewiesen, die neben vielen Fällen einer hartnäckigen Leugnung irgend welcher Abnormität unserer Patienten in ihren früheren Jahren auch häufig genug zugibt, dass der betreffende Mensch in der Kindheit eigenartige Züge dargeboten hat.

Bekanntlich hat Sander**) bei der Aufstellung seines Krankheitsbegriffes der originären Paranoia gerade das Eigentümliche in den schon vor der Pubertät auftretenden patho-

*) Über von der Schilddrüse unabhängigen Infantilismus, Archiv für Psychiatrie, Bd. XXXVIII, 1904, S. 206.

**) Archiv f. Psychiatrie, Bd. I.

logischen Zügen erblickt, in einem energielosen, reizbaren, leicht verstimmten Charakter.

Vor allem bei den verbreiteteren endogenen Psychosen treffen wir öfter psychopathische Züge in der Jugendzeit, während der präpubische Beginn eines voll entwickelten manisch-depressiven Irreseins oder einer typischen Hebephrenie nur ganz vereinzelt zu konstatieren ist. Bei der Dementia praecox finden wir verhältnismäßig häufig die Angabe, dass der Kranke vor Ausbruch des Leidens geistig ausserordentlich leistungsfähig gewesen sei, womöglich die ganze Schule als Primus durchlaufen habe. Hie und da findet sich die sog. Pfropfhebephrenie, bei der ein imbecilles Verhalten von Jugend auf bestand, bis auf dieser Basis postpubisch eine typische Hebephrenie oder manchmal auch Katatonie zum Ausbruch kommt. Darauf wollen wir hier nicht eingehen, ebensowenig wie auf die von Kraepelin neuerdings betonten Fälle einer durch ganz früh einsetzende Dementia praecox bedingten schweren Idiotie, worauf wir später noch zurückkommen werden. Aber auch abgesehen von diesen Formen hören wir doch bei nicht wenig Patienten, die postpubisch an Dementia praecox erkranken, dass sie schon von früh auf ein absonderliches, träges, querköpfiges, bigottes oder exaltiertes Wesen zeigten.

Noch häufiger finden sich derartige Angaben bei manisch-depressiven Patienten. Einzelne wenige sind von früh auf imbecill, die Mehrheit jedoch ist gut begabt, doch vielfach schon in der Kindheit auffällig durch hypochondrische Züge, Frömmelei, Vergnügungssucht, Träumereien; ein Patient wollte bereits als Kind zur Heilsarmee, mehrere fielen schon als Kinder durch Versemachen auf, wieder andere zeigten einen psychischen Zirkel, menschenscheue und verdriessliche Zeiten im Wechsel mit heiterem, geschwätzigem und zudringlichem Verhalten.

Am häufigsten vielleicht sind es hysterische Züge, durch die ein manisch-depressiver oder noch mehr ein jugendlich verblödeter Patient in der Kindheit auffiel.

Die prognostischen Schlussfolgerungen nun von einem derartigen psychopathischen Verhalten in der Kindheit auf den Ausbruch einer Psychose im späteren Leben ist in dem Einzelfalle gewöhnlich nicht möglich, nur wird durch die Hereditäts-

anamnese manchmal eine gewisse Wahrscheinlichkeitsprognose erlaubt, vor allem in dem Bereiche des manisch-depressiven Irreseins, das ja am allermeisten gleichsinnige Vererbung aufweist. Darüber aber besteht kein Zweifel, dass es für die Psychiatrie von grosser Bedeutung wäre, wenn schon bei psychopathischen Kindern auf Grund bestimmter Symptome genauere Aussagen über die Möglichkeit einer späteren Psychose gemacht werden könnten. Damit einmal dieser Fortschritt erreicht wird, ist eben als Vorarbeit das genaue Studium der leicht psychopathischen Züge im Kindesalter unerlässlich.

Die Beurteilung der Erblichkeit als eines ätiologischen Faktors leicht abnormer Erscheinungen im Kindesalter bietet ungemeine Schwierigkeiten. Wir sehen in Familien mit zahlreichen Geisteskranken neben einzelnen äusserlich ganz normalen Mitgliedern oft genug auch leicht psychopathische Fälle, die aber später doch von einer schweren Psychose verschont bleiben. Welche Rolle bei der Auslösung einer solchen Psychose belasteter Personen noch Gelegenheitsursachen spielen oder wie man sich im Sinne von Magnan das ursächliche Verhältnis des degenerativen Grundzustandes zu den Syndromen vorstellen soll, das zu erörtern würde zu weit führen. Nur soviel sei noch betont, dass die Beurteilung der Vererbung gerade hinsichtlich leichter Alterationen wesentlich schwieriger ist als bei Psychosen. Während die Anamnese sich verhältnismäßig rasch über das Vorkommen schwerer, anstaltsbedürftiger Psychosen in der Familie orientieren kann, versagt sie oft genug hinsichtlich genauer Ermittelung leicht abnormer Züge, die aber zweifellos an Häufigkeit des Auftretens das Vorkommen der grossen Psychosen weit übertreffen.

Versucht man nun diese ätiologischen Gesichtspunkte bei der Beurteilung einer Schar leicht abnormer Kinder anzuwenden, so wird in manchen Fällen die Sache ganz einfach, in anderen geradezu undurchführbar sein, in nicht wenigen aber werden wir, wie bei recht zahlreichen Kindern der Mannheimer Förderklassen, zu der Feststellung gelangen, dass eine Mehrheit schädigender Einflüsse auf das leicht abnorme Kind gewirkt hat.

Die fast in jeder Anamnese der leicht zurückgebliebenen Schüler zu findenden Kinderkrankheiten dürfen wegen ihrer

zu grossen Verbreitung nur mit grösster Vorsicht ätiologisch verwertet werden; höchstens das häufige Vorkommen von Scharlach kann auffallen. Auch Rhachitis spielt eine allzu breite Rolle, als dass in jedem Falle gerade auf sie der Defekt geschoben werden dürfte. Beachtenswerter sind die mehrfach vermerkten Krämpfe des frühen Kindesalters, dann Fälle von Genickstarre, Chorea minor usw.

Recht oft aber finden wir daneben noch endogene Momente, den Einfluss der Heredität, vor allem den Alkoholismus des Vaters, und weiterhin auch häufig ein ungünstiges Milieu, Ortswechsel, schlechte Erziehung durch eine hysterische Mutter, Wohnung in einem Bordell usw.

Bei Durchsicht eines grösseren Materials ist doch schliesslich zu gestehen, dass die ätiologischen Faktoren sich nicht in jedem einzelnen Falle bis auf eine einzige Ursache analysieren lassen, sondern dass oft genug eine Kombination schädlicher Momente verschiedener Art den ungünstigen Enderfolg einer psychischen Minderwertigkeit im Kindesalter bedingt.

Symptomatologie.

In symptomatologischer Hinsicht wollen wir zunächst die wichtigsten psychischen Funktionen berücksichtigen, dann die rein nervösen und später die sonstigen somatischen Symptome. Dabei ist stets zu beachten, dass es sich in manchen Fällen nur um ein einziges Symptom als Ausdruck leichtester Abnormität handelt, während in anderen eine Kombination der Symptome in mannigfachster Art eintreten kann. Um den vorgeschriebenen Rahmen des Referates nicht zu überschreiten, sollen sich die Ausführungen nur auf die wichtigsten Punkte beschränken, was um so angebrachter ist, als manche Symptome, wie wir sehen werden, ja vielfach noch hinsichtlich der Frage Zweifel erwecken, ob sie nicht schliesslich noch in die Breite des Physiologischen fallen.

Was den Wahrnehmungsprozess anlangt, so ist zunächst zu konstatieren, dass die Sinnesorgane selbst in ihrer Funktion kaum erheblich öfter als bei Normalen gestört sind, höchstens finden sich Fälle von Schwerhörigkeit ein wenig häufiger. Der Vorgang einer einfachen Empfindung ist gewöhnlich nach Qualität und Intensität auch nicht nennenswert gestört, wohl aber lassen

sich schon Abweichungen von dem normalen Verhalten finden, wenn wir die Perzeption, die Einreihung des Empfindungsmaterials in den Bewusstseinsinhalt betrachten. Diese Assimilation bleibt beim Idioten gewöhnlich ganz aus, beim Imbecillen ist sie mangelhaft, beim leicht Abnormen vielfach unvollständig und flüchtig. Wir können uns das am besten durch ein Gleichnis vergegenwärtigen: Der Idiot steht den Eindrücken der Aussenwelt gegenüber wie wir etwa einer Schrift in chinesischen Zeichen: wir haben wohl den rein sinnlichen Eindruck, aber es knüpft sich weder die Assoziation des Klanges noch gar die der Bedeutung an; der Imbecille empfängt Eindrücke von der Aussenwelt, wie wir beim Lesen eines Schriftstückes in bekannten Lettern, aber einer uns völlig fremden Sprache, etwa portugiesisch oder ungarisch: die akustische Bedeutung der Wörter erfassen wir wohl, aber von der begrifflichen haben wir keine Ahnung. Dem Debilen würden wir gleichen, wenn wir ein Schriftstück in fremder, doch uns einigermaßen bekannter Sprache lesen oder auch ein deutsches Schriftstück in flüchtiger Weise überblicken: Einige Brocken des Inhalts verstehen wir, vielleicht auch einige Zusammenhänge, während der Sinn des Ganzen uns vielfach und alle Feinheiten jedenfalls verschlossen bleiben.

Über unzutreffende Begleitvorstellungen aus anderen Sinnesgebieten liegen einige auffallende Angaben vor, wenn auch über diese wie andere Fragen des sog. kindlichen Seelenbinnenlebens nicht leicht Sicheres zu erfahren ist.

Kussmaul berichtet in seinen Jugenderinnerungen*), wie er als Knabe beim Abendgebete „Ich bin klein, mein Herz ist rein usw.“ stets ein Bübchen leibhaftig vor sich zu sehen glaubte und das Gebet auch trotz mancher Verweise jedesmal mit der Anrede „Büble“ anfing.

Sinnestäuschungen kommen wohl als vorübergehende psychopathische Erscheinung auch bei sonst gesunden Kindern in der Zeit körperlicher Krankheit nicht selten vor. Indes bedarf die gelegentlich zu findende Angabe, dass sie bei fieberhaften Krankheiten allgemein auftreten, doch der Präzisierung: in der Literatur finden sich wohl Angaben über deliriöse Zustände bei Scharlach, Influenza, Flecktyphus, weniger häufig

*) Jugenderinnerungen eines alten Arztes, III. Aufl. Stuttgart 1899. S. 23.

bei Gelenkrheumatismus und Diphtherie, aber nur recht selten bei Pneumonie, Masern und fieberhaften Magen- und Darmaffektionen. Offenbar handelt es sich um eine differenzierte Empfänglichkeit des kindlichen Zentralnervensystems nur für einige spezifische Infektionsstoffe. Aber auch unter nicht fieberhaften, ganz ruhigen Umständen scheinen Nervöse zu Trugwahrnehmungen in der Art von Illusionen oder auch von Wachhalluzinationen besonders disponiert zu sein, wie aus den Angaben von Parish*) u. a. hervorgeht.

Zweifellos ist, dass Kinder recht lebhaft zu träumen pflegen, vielfach bereits im Alter von 2—3 Jahren. Die Eigenart der kindlichen Auffassung mit ihrem Mangel an Objektivität und ihrer Neigung zur Einmischung von Phantasiebestandteilen wie auch dem Vorkommen von trügerischen Wahrnehmungen ist einer der Gründe, weshalb die Zeugenaussagen eines Kindes mit ganz besonderer Vorsicht aufgenommen werden müssen, die freilich auch durch andere Umstände, engen Gesichtskreis, grosse Beeinflussbarkeit, unsichere Zeitschätzung und bei Mädchen durch Eitelkeit und Sensationslust beeinträchtigt werden, wie u. a. Gross**) und Hoche***) treffend ausgeführt haben. Bei nervösen Kindern fällt dies alles noch entschieden schwerer in die Wagschale.

Die der Untersuchung am nächsten liegenden Gebiete sind die Verstandesstörungen, vor allem die Anomalien der Assoziation und Reproduktion. Es liegen bereits experimentelle Messungen der assoziativen Vorgänge vor, u. a. bei Idioten und Imbecillen von Wreschner†) und Wehrlin††) und bei normalen Kindern von Ziehen†††), die erhoffen lassen, dass diese Methoden auch bei den leicht abnormen Kindern erfolgreich angewendet werden können.

*) Über die Trugwahrnehmung. Leipzig, 1894. S. 65 und 236.

**) Kriminalpsychologie, Graz 1898, S. 493.

***) Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, Berlin 1901, S. 404.

†) Eine experimentelle Studie über die Assoziationen in einem Falle von Idiotie, Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 57.

††) Diagnostische Assoziationsstudien. II. Beitrag. Über die Assoziationen von Imbezillen und Idioten. Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. IV, 1904.

†††) Die Ideenassoziation des Kindes. Berlin, Reuther & Reichard, 1898 und 1900.

Besonders die Gedächtnisleistungen der Schwachbefähigten sind vielfach als minderwertig nachgewiesen, weniger deswegen, weil hier die Wurzel der intellektuellen Störung zu sehen wäre, als vielmehr weil die Feststellung dieses Defektes am leichtesten gelingt. Auf der andern Seite gibt es nicht wenig Fälle, wo der blosse Akt der Einprägung wie auch der Reproduktion verhältnismäßig gut bei abnormen Kindern von statten geht, selbst auffallend hohe Gedächtnisleistungen sind festgestellt, so wissen manche Schwachsinnige eine ganze Reihe von Geburts- und anderen Daten auswendig, ohne diesen Ballast verwerten zu können. Beachtenswert ist vor allem die recht differente Entwicklung der einzelnen Gedächtnistypen, des visuellen, akustischen und motorischen Typus mit ihren mannigfachen Modifikationen. In den einseitigen Gedächtnisleistungen liegt eine grosse Gefahr für die Erziehung, die in Dressur wie bei einem Papagei ausarten kann. Ein früher an Meningitis erkrankter Junge, den ich kürzlich beobachtete, konnte wie ein Phonograph allerlei Gebete und Verse aufsagen, war aber zunächst nicht im Stande, seine Augen richtig zu gebrauchen und Tast- und Gesichtseindruck eines Objektes korrekt zu verknüpfen, so dass er beim Übertritt in eine andere Erziehungsanstalt erst an 3 Objekten, an einer Metallbüchse, einer Bürste und einem Hut lernen musste, deren differente Tasteindrücke richtig mit den optischen Eindrücken zu assoziieren, bis ihm beim Vorzeigen des Objektes jedesmal die ausseroptischen Eigenschaften auch korrekt in das Bewusstsein traten.

Das Schmerzenskind bleibt auch bei den Wiederholungsklassen das Rechnen; im ganzen ziemlich selten sind die sog. Rechensimpel, die bei schwacher Befähigung im allgemeinen doch Erstaunliches im Rechnen leisten, wie der von Witzel*) beschriebene Imbecille, der z. B. nur eine Sekunde brauchte, um eine Zahl wie 56 u. dgl. ins Quadrat zu erheben. Gewöhnlich sind es ja die vorzugsweise das Gedächtnis in Anspruch nehmenden Multiplikationen, die so flott von statten gehen, während die einen komplizierteren Urteilsakt darstellenden Additionen und besonders die Subtraktionen weniger leicht gelingen.

Wenn von einer Grundlage der Minderwertigkeit gesprochen

*) Ein Fall von phänomenalem Rechentalent bei einem Imbezillen. Arch. f. Psych. XXXVIII, 1904, S. 122.

werden kann, so darf sie nur in der Störung der Aufmerksamkeit erblickt werden. Entweder sehen wir den Umfang der Aufmerksamkeit zu eng begrenzt, so dass das Kind nur schwer Empfindungen aus mehreren Sinnesgebieten zu einer Vorstellung vereinigt oder auch Partialvorstellungen zu einem Ganzen zusammenschliesst, oder aber wir treffen eine rasche Ermüdung der Aufmerksamkeit, eine Reduktion des Helligkeitsgrades im kindlichen Bewusstsein oder ein Abschweifen von einem Objekt zu irgend welchen anderen Vorstellungen. Diese ablenkende Wirkung können nicht nur Wahrnehmungsobjekte erzielen, sondern das Kind kann auch seine Aufmerksamkeit auf reine Phantasievorstellungen richten.

Derartige Fälle einer lebhaften Phantasietätigkeit im Kindesalter sind besonders schwierig zu beurteilen, weil solche Kinder häufig ihr Innenleben verschliessen und man auch bei längerer Beobachtung nicht leicht dahinter kommt, was eigentlich die Aufmerksamkeit beschäftigt, während das voll normale Kind gewöhnlich mitteilsamer hinsichtlich seines inneren Lebens ist. Unbemerkt von der Umgebung kann sich bei einem neuropathisch veranlagten Kinde ein förmliches second life entwickeln. Ein nervöser Junge pflegte morgens scheinbar schlaftrunken dazuliegen, den Blick nach dem Fenster gerichtet; dabei aber war seine Phantasie in lebhafter Erregung, dem sinnlichen Eindruck einer gelben, dreieckigen Wand eines Nachbarhauses entsprach die Vorstellung einer ägyptischen Pyramide und daran reihten sich bunte Phantasiebilder aus dem Orient.*) Zu beachten ist immer, dass auch beim normalen Kind die Phantasie eine bedeutsame Rolle spielt und eine mächtige Helferin der geistigen Entwicklung darstellt, wie sich aus den Kinderspielen oder den kindlichen Vergleichungen ergibt. Ganz besonders deutlich tritt dieses Walten der schon mit geringen Analogieen zufriedenen, frischen Kindesphantasie zu Tage bei den mannigfachen Personifikationen. So sprachen zwei gesunde Knaben, die bei einer Eisenbahnfahrt lange auf ihren Nachmittagskaffee warten mussten, schliesslich scherzend von ihrem „Herrn Kaffee". Lehne**)

---

*) Weygandt, Psychologische Gesichtspunkte für die Ausstattung des Schulhauses, in „Das Schulhaus", Bd. III. S. 25, 1901.

**) Wie kann der Lehrer die Lügenhaftigkeit der Jugend bekämpfen? Kinderfehler VII, 2.

berichtet, dass in den Kinderphantasieprodukten ein „Herr Luft" sozusagen sein täglicher Spielgenosse gewesen sei, so dass er ihm sogar einen Stuhl zum Mittagstisch hingestellt habe.

Komplizierte Vorstellungsreihen können sich, für die Umgebung kaum bemerkbar, in der kindlichen Phantasie einstellen, zum Teil geradezu von systematisierendem Charakter, so Grübeleien über das Ich oder in einem Falle, der an paranoische Ideen anklingt, das Nachsinnen eines Kindes über seine vermeintliche Abstammung von Christus.

Die Erzieher werden auf diese Dinge vielfach erst aufmerksam bei Kindern, die mit ihren Phantasieen nicht hinter dem Berge halten, sondern sie kundgeben und darauf losfabulieren. Man braucht keineswegs immer an Hysterie oder ausgeprägte Pseudologia phantastica zu denken, wenn ein Kind traumhafte, phantastische Geschichten erzählt, wie in Gottfried Kellers „Grünem Heinrich", oder sich in Übertreibungen und Renommistereien gefällt.

Dass die komplizierteste Funktion, das Urteilen und Schliessen, oft nicht ganz intakt ist, lässt sich von vornherein annehmen. Wohl werden konkrete Begriffe auch verwickelter, allgemeiner Art gebildet, abstrakte hingegen gewöhnlich mangelhaft. Begriffe wie Ehre, Dankbarkeit, Gehorsam, Gerechtigkeit haben für die Debilen wenig mehr als den blossen Schallwert. Gerade jene Funktionen des Urteilens und Schliessens, die auf Verallgemeinerungen beruhen, gelingen darum am wenigsten. Demoor*) rühmt als Kriterium der Urteilsschwäche das Experiment der optisch-muskulären Täuschung mit 2 gleich schweren, verschieden grossen Objekten: ein normaler Mensch vom 6. bis 7. Jahre ab hält stets, durch die Assoziation von der Korrelation zwischen Gewicht und Grösse bestimmt, das kleinere Objekt für schwerer, während jüngere Kinder, vor dem 6. Jahre, und ebenso minderwertige vom 6. bis 15. jener Urteilstäuschung nicht unterliegen, weil ihr Urteil eben weniger auf Assoziationen gestützt ist.

Von grösster Wichtigkeit, wenn auch gegenüber der intellektuellen Sphäre immer noch viel zu wenig beachtet, sind die Vorgänge des Gefühlslebens und der Psychomotilität.

*) Die normalen Kinder und ihre erzieherische Beeinflussung in Haus und Schule, Übersetzung, Altenburg 1901.

Während das normale Kind im wesentlichen seine Empfindungen mit dem Gefühlston der Lust begleitet und meist bloss bei Schmerzempfindungen die Unlust kennt, verhalten sich leicht abnorme Kinder oft ganz anders, eine Intensitätsänderung oder eine Qualitätsänderung der Gefühlstöne tritt vielfach ein. Schwache Gefühlsreaktion fällt zunächst nicht so leicht auf als die Steigerung der Lust- und noch viel mehr der Unlustempfindung bei Kindern. Weinerliche, leicht verstimmte, missmutige Kinder sind stets irgend welcher Anomalie, häufig freilich primär somatischer Art, verdächtig. Vor allem auffallend werden solche Missverhältnisse in den Kinderjahren, in denen neben den Sinneswahrnehmungen auch die Vorstellungen komplizierter Art von Gefühlstönen begleitet sind. Insbesondere die wesentlich durch Assoziationen gestützten altruistischen Gefühle werden dabei besonders in Mitleidenschaft gezogen. Steigerung der Angst, Freude am rein sinnlichen Eindruck von Vorgängen, die auf assoziativem Wege Unlusttöne hervorrufen müssten, wie etwa bei einer Feuersbrunst, bei einer blutenden Wunde eines anderen Wesens, sind oft viel wichtigere Symptome psychopathischer Veranlagung als die Schwierigkeiten beim Subtrahieren. Gerade die abnormen Affekte im Kindesalter gehören zu den häufigsten Symptomen leichter Psychopathie, insbesondere die Schreckhaftigkeit, Verstimmung, Zornanfälle usw. Vielfach sind die Ausbrüche dieser Affekte ganz unmotiviert, förmlich automatisch, so gut wie der Pavor nocturnus, manchmal in Korrespondenz mit einer somatischen Affektion; gelegentlich liegt auch eine psychologische Motivierung vor, die aber als abnorm zu bezeichnen ist. Die mannigfachen Idiosynkrasieen, Ekelempfindung vor Gerüchen, vor manchen Speisen, die lächerlichen Furchtäusserungen vor Spinnen oder Fröschen sind hier zu berücksichtigen. Gelegentlich ist die Motivierung besonders umständlich: so äusserte ein Junge jahrelang Furcht vor der bevorstehenden Revaccination wegen des geringfügigen Hautschnittes; ein andermal trug derselbe im Anschluss an die Lektüre von Indianergeschichten Monate lang die Furcht mit sich herum, es könnten die Indianer einmal auf einem Raubzug Deutschland überfallen und in seine Heimat einbrechen, da ja Asien nicht durch ein Meer von

Europa getrennt sei, wobei seine kindliche Etymologie sich Ostindien als den Wohnsitz der Indianer vorstellte.

Ebenso beachtenswert wie die Gefühlsveranlagung des Kindes ist das psychomotorische Verhalten. Die landläufige Gruppierung der schwachsinnigen Kinder hat ausser der rein graduellen Gliederung noch als Nebenprinzip die Unterscheidung in erregte und in apathische Kinder.

Derartige Intensitätsänderungen im psychomotorischen Verhalten treten auch bei den ganz leicht abnormen Kindern zu Tage, wenn schon nicht so auffällig, dass sie ein Einteilungsprinzip abgeben dürften. Daneben aber treffen wir auch qualitative Änderungen, so mannigfache Bewegungen, die lediglich eine motorische Entladung ohne irgend welche psychische Motivierung darstellen; dann Mitbewegungen, die wir beim Normalen gewöhnlich nicht finden, vor allem das Grimassieren bei jeder sonstigen motorischen Äusserung. König fand solche Mitbewegungen in 66 % idiotischer Kinder. Impulsive Handlungen können leicht einen verbrecherischen Charakter annehmen, wenn auch hier manchmal eine abnorme psychologische Motivierung, so die Freude an der Flamme bei kindlichen Brandstiftungen, mit im Spiele ist. Oft ist die Natur der auffallenden Bewegungen schwer zu entscheiden, so bei den Tic-Bewegungen im engern Sinne, die vorübergehend, aber nur schwer dauernd unterdrückt werden können und zum Teil wenigstens auf abnormen sensiblen Reizungen beruhen. Andere motorische Äusserungen sind psychologisch abnorm motiviert, so pflegte ein Junge jahrelang beim Verlassen eines Zimmers mit der rechten Hand alle möglichen Gegenstände, Möbel, Schlüssel, Türdrücker usw. zu berühren, gewöhnlich mit einer abergläubischen Motivierung, die diese Berührung mit der rechten Hand als eine Fernhaltung von Unglück ansah.

Gerade auf dem Gebiete der Gefühlssphäre und der psychomotorischen Äusserungen des Kindes ist die Grenzlinie zwischen normalem und anomalem Verhalten am allerschwersten zu ziehen. Die ursprüngliche Bewegung des kleinen Kindes hat lediglich Triebcharakter, es vergeht eine lange Entwicklungsperiode, bis die psychisch eindeutig bestimmten, triebhaften Be-

wegungen eine immer reichere Ausstattung mit Assoziationen gewinnen und schliesslich auf diesem Boden Zweckbewegungen auftreten. Vor allem hinsichtlich der sprachlichen Ausdrucksbewegungen ist auf diese Entwicklungsweise zu achten: erst triebartige motorische Entladung der Stimmorgane, dann sprachliche Äusserungen unter Vorherrschen der klanglich-akustischen Seite und endlich sprachliche Ausdrucksbewegungen mit vorherrschend begrifflichen Assoziationen.

Jedenfalls kommen noch bei gesunden Kindern, die schon das schulfähige Alter erreichen, oft genug solche triebartigen motorischen Äusserungen vor, die auf den ersten Blick als abnorm gelten könnten. Beachtenswert ist das vor allem hinsichtlich des Versuches, bei schwachsinnigen Kindern Symptome der Dementia praecox festzustellen. Kraepelin verweist in der neuesten Auflage seines Lehrbuches*) auf Fälle von Idioten, die durch störrisches Benehmen, Haltungsstereotypieen, Manieren, Schrullen, rhythmische Bewegungen usw. an Dementia praecox erinnern, und glaubt, dass es sich hier um Frühformen dieser Psychose handeln könne. So fruchtbar dieser, schon früher gelegentlich angedeutete Gesichtspunkt sein mag, so ist dabei doch nicht zu vergessen, dass auch bei dem ganz normalen Kinde in früheren Jahren, etwa vom 2. bis 5., Symptome, die an Katatonie erinnern, gar nichts Seltenes sind: Hierher gehören neben Echolalie auch eine leichte Katalepsie, dann Grimmassieren und weiterhin rhythmische Bewegungen als Ausdruck des kindlichen, ungeregelten Bewegungsdranges. Vor allem werden auch von Seiten des erst die Sprache erlernenden Kindes, bei dem neben der motorischen Entladung lediglich der klangliche Eindruck die Aufmerksamkeit fesselt, ohne dass begriffliche Beziehungen bestünden, sprachliche Äusserungen geboten, die auf das Lebhafteste an Verbigeration und Wortsalat erinnern; manche Beispiele in den Sammlungen von Kinderversen könnten gerade so gut als Paradigmen katatonischer Äusserungen in psychiatrischen Lehrbüchern stehen, so die folgenden sinnlosen Reimereien**):

---

*) Band II, S. 877.

**) Böhme, Deutschlands Kinderlied und Kinderspiel, Leipzig 1897.

Pola, Pola (Pauline), pupp, pupp, pupp,
Was hast gessa? Wassersupp,
Pola hin, Pola her,
Pola ist a Zottelbär.

Und folgendes:

Emilie
Widuwilie
Widuwintukantilie
Widumops
Katops
Anatolischer Mops.

Als triebartige motorische Entladungen sind vielfach auch auffallende Wanderungen von Kindern, vor allem viele Fälle von Schulschwänzen und Fortlaufen anzusehen. Gelegentlich treten diese Erscheinungen so impulsiv und manchmal geradezu periodisch auf, dass es auch, wie ich in einer von Schwestern geleiteten klösterlichen Anstalt mit Fürsorgezöglingen wahrnahm, vielfach den Laien als krankhaft auffällt. Nicht nur bei epileptischen Kindern, auch bei alkoholischen, ferner nach Schädeltrauma wurde derartiges beobachtet. In anderen Fällen lässt sich eine psychische Motivierung, freilich krankhafter Art, feststellen: so wenn ein Kind aus Furcht vor Strafe die Nacht durch draussen bleibt; in einem Fall von Pick hatte sich die Angst zu einer Halluzination gesteigert.

Hysterische Kinder stehen beim Schulschwänzen und Fortlaufen vielfach unter dem Einfluss einer subjektiven Vorstellung angenehmen Inhalts, die sie alles Andere vergessen lässt.

Ein sozial bedenkliches Verhalten ist auch bei leicht abnormen Kindern nichts Seltenes. Wenn unter den Schülern der Mannheimer Förderklassen zunächst auch intellektuelle Minderleistungen, besonders im Rechnen und auch im Deutschen, den Übertritt veranlasst haben, so findet sich dabei noch eine ganze Reihe von Schülern, die auch nach anderen Seiten hin Defekte aufweisen. Neben schreckhaften, eigensinnigen, trägen, schmutzigen, leichtsinnigen, jähzornigen Schülern finden sich auch solche, die unausgesetzt lügen und renommieren, boshaft und verschlagen sind, schamlose Reden führen, stehlen und

heimtückisch Mitschüler und Tiere misshandeln. Einige Mädchen der letzten Klasse hatten schon geschlechtlichen Verkehr und ein 10 jähriger Schüler hatte ein 5 jähriges Mädchen vergewaltigt.

Lebhafte erotische Erregungen sind im Kindesalter keineswegs ganz selten, wenn auch die Onanie in der Regel nicht auf diesem Wege entsteht. Speyer*) berichtet unter anderem über einen 9 jährigen, von einem mehrfach bestraften Vater stammenden Jungen, der einem Mädchen folgenden Brief schrieb: „Liebe Anna! Du weisst ja, dass ich dich liebe, wenn du aber dabei bleibst, mir immer Nein zu sagen, breche ich Dir die Rippen entzwei. Inzwischen küsse ich Dich"; ein 13 jähriger Junge schrieb einem 12 Jahre alten Mädchen: „Wenn Du mich nicht lieben willst, zerfleische ich Dir das Gesicht; nimm Dich in Acht, ich bin im Stande, Dich zu töten." Wohl nur graduell davon verschieden sind die Fälle, die Speyer unter der Überschrift „normal" jenen als anormal bezeichneten gegenüberstellt: so der Bericht über ein Mädchen von 9 Jahren, das seinem 36 jährigen Lehrer schrieb: „Ich bete Dich an, wie die Engel im Paradies Gott anbeten, liebe mich, sonst sterbe ich vor Gram."

Von den Störungen mehr nervösen Charakters will ich nur die wichtigsten anführen. Einige wie das triebartige Fortlaufen und die Tic-Bewegungen sind schon erwähnt. Auch ein Teil der sog. schlechten Angewohnheiten wie Nägelkauen, Kleiderzupfen, Speicheln usw., die ursprünglich vielfach die Reaktion auf einen sensiblen Reiz darstellen, haben sich oftmals zu reflektorischen, nicht mit Bewusstseinsvorgängen verbundenen Handlungen entwickelt. Nicht gerade selten finden sich derartige Züge noch bei geistig hochstehenden Personen vorgerückten Alters, so das Nägelkauen bei dem Dichter E. T. A. Hoffmann.

Krämpfe mannigfacher Art sind im frühen Kindesalter zu einem Teil als rein reflektorisch bedingt anzusehen, ohne Zusammenhang mit epileptischen oder hysterischen Zuständen. Auch Ohnmachten werden nicht selten durch kräftige Sinnesreize, starke Unlust erregende Vorstellungen oder geringfügige schmerzhafte Eindrücke ausgelöst.

*) Kinderfehler IX, S. 24.

Schlafstörung im Kindesalter ist stets ein bedenkliches Symptom, nicht bloss das ängstliche Aufschrecken, sondern auch erschwertes Einschlafen und häufiges, sowie zu frühes Wachwerden; schliesslich auch gar zu tiefer Schlaf, aus dem das Erwachen mit verlangsamter Orientierung erfolgt und der manchmal das Vorkommen von Bettnässen begünstigt. Doch selbst schwere Zustände von kindlichem Somnambulismus oder Schlafreden können in späteren Jahren spurlos verschwinden. Ungemein häufig findet sich bei den Schülern der Förderklassen Gähnen, besonders im Zusammenhang mit rein exogenen Momenten wie ungenügender Nachtruhe und Ernährung.

Sensibilitätsstörungen nervöser Kinder, Überempfindlichkeit der Haut, der Nägel und Haare, Schmerzempfindung beim Nägel- und Haarschneiden kommen vor. Strabismus findet sich in leichterem Grade manchmal bei der Hälfte der Insassen einer Klasse; ab und zu trifft man Nystagmus.

Von sonstigen körperlichen Symptomen ist zu beachten, dass bei den leicht abnormen Kindern die Blutarmut ausserordentlich weit verbreitet ist.

So wenig Wert man auch auf Degenerationszeichen legen mag, ihr hänfiges Vorkommen ist nicht zu leugnen. Auffallend war mir in mehreren Fällen von Wiederholungsschülern eine Vorwölbung des Hinterhauptes. Nicht selten sind Zahnstellungsanomalien. Nächst der Anämie ist das Kopfweh eine ungemein verbreitete Erscheinung, hat es doch Hakonson Hansen selbst bei Normalschülern in der 10. Klasse zu 40 % gefunden. Dass Rhachitis und Tuberkulose eine grosse Rolle spielen, braucht nicht hervorgehoben zu werden.

Gruppierung.

Beim Versuch einer Gruppenbildung der obersten Stufe psychopathischer Kinder ist selbstverständlich das graduelle Prinzip nicht verwertbar. Die durch das Milieu und vorübergehende körperlichen Störungen bedingten Fälle können wir überhaupt bei Seite lassen. Versucht sei eine Gruppierung nach klinisch-psychologischen Gesichtspunkten. Selbstverständlich können nicht alle Fälle restlos in das Schema gepresst werden, sowohl die monosymptomatischen, wie auch die durch eine Ursachen-Kombination bedingten entziehen sich dem vielfach.

Zunächst ergeben sich einige Gruppen von Fällen, die leichte Formen von klinisch ausgeprägteren Krankheitsbildern darstellen.

1. Die geschlossenste Gruppe ist wohl die der *psychisch leicht abnormen Epileptiker*. Es würde hier zu weit führen, die ganze Frage der Epilepsie im Kindesalter aufzurollen. Nur soviel möchte ich hervorheben, dass bei meinem ziemlich reichen Material epileptischer Kinder die schweren Krampfanfälle von klassischem Typus nur in wenig mehr als der Hälfte der Fälle vorkamen; auf die durch Anfälle bedingten Unterrichtsstörungen komme ich noch zu sprechen. Verblödung war entschieden seltener, als die meisten Statistiken angeben. Freilich differieren die Angaben ausserordentlich; nach einer Statistik von *Wildermuth* bleiben 22 %, nach *Kölle* 28 % und nach *Pelmann* 50 % von geistiger Schwäche frei. Wenn unter meinen Fällen der Prozentsatz noch höher ist, erklärt sich das leicht aus dem ambulanten Material leichter Fälle im Gegensatz zu den schwereren Epilepsiefällen in Anstalten, z. B. zu Stetten, die jenen Statistiken zu Grunde liegen. Der epileptische Charakter mit seiner Verschlossenheit, dem gemessenen Ernst, der Genauigkeit, Pedanterie und Frömmelei, sowie dem Egoismus ist oft differentialdiagnostisch nicht ohne Wert. Auf Verstimmungen ist angesichts der mangelhaften Auskunft mancher Kinder sowie ihrer hochgradigen Suggestibilität nicht so viel zu geben wie bei Erwachsenen.

Freilich gerade bei leichten Fällen ist die Diagnose oft nichts weniger als einfach, vor allem auch in solchen mit zahlreichen, psychisch ausgelösten Anfällen, die *Fürstner**) in seinem Vortrag zu Frankfurt 1899 als vielfach hysterischer Art von der kindlichen Epilepsie abgrenzt. Gelegentlich kommt man hinsichtlich der epileptischen Natur eines Falles nicht über Vermutungen hinaus; so untersuchte ich kürzlich mehrfach einen Knaben von 13 Jahren, der in der Kindheit wohl Krämpfe gehabt haben soll, dann sich in der Schule nicht besonders entwickelte und schliesslich in eine pädagogische Anstalt gebracht worden war. Sein ganzes Geistesleben ging auf in religiösen Neigungen und im intensiven Verlangen, zum Katholizismus

*) Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. LVII, S. 123.

überzutreten; Nichtkatholiken, auch seine Eltern schimpfte er oft in der heftigsten Weise. Mehrmals entfloh er aus der Anstalt und wurde fern davon wieder aufgegriffen. Die Kinderkrämpfe, der Wandertrieb, die Frömmelei, die Beschränktheit sprechen wohl für Epilepsie, während andere Züge, gelegentliche exaltierte Szenen und Neigung zum Lügen, an Hysterie erinnern. Bis jetzt, trotzdem der Junge nunmehr seit mehreren Monaten in genauer Beobachtung eines Pädagogiums steht, ist eine Entscheidung über die Grundlage der Störung noch nicht möglich gewesen.

2. Die nächste Gruppe würden repräsentieren die leicht hysterischen Kinder.

3. Eine weitere sind jene Fälle, in denen konstitutionell neurasthenische Symptome im Vordergrund des Bildes stehen. Auf diese beiden Gruppen werde ich hier nicht eingehen, da der Herr Correferent sich ausführlicher über die hysterischen und neurasthenischen Kinder verbreiten wird.

Wie verhält es sich nun mit solchen Fällen psychischer Degeneration im Kindesalter, bei denen jene Syndrome ausbleiben, die eine Zuweisung zur Epilepsie, Hysterie usw. ermöglichen? Die von Koch gebotene Einteilung seiner Minderwertigkeiten in erworbene und angeborene ist im einzelnen Falle oft undurchführbar, vor allem da, wo eine Mehrheit von schädigenden Einflüssen, endogener und exogener Art, zur Geltung kommt. Sein Unterabteilungsprinzip der psychopathischen Disposition, Belastung und Degeneration ist im Grunde genommen weiter nichts als eine Maskierung der graduellen Abstufung.

Ich möchte versuchen, die Gruppen der Minderwertigkeiten ohne epileptische, hysterische und neurasthenische Symptome zu gliedern nach psychologischen Gesichtspunkten. Bei dem normalen Kind ist eine gleichmäßige Ausstattung mit den psychischen Fähigkeiten vorauszusetzen, es zeigen sich bei ihm also, um der Lehre von Wundts 2 Gruppen psychischer Elemente zu folgen, sowohl die Empfindungen, wie auch die einfachen Gefühle harmonisch entwickelt. Liegt nun eine Störung dieses psychischen Gleichgewichts vor, so ist in der Regel die eine Reihe psychischer Elemente nicht allein geschädigt, ohne dass

der andere Factor in Mitleidenschaft gezogen wäre, wohl aber dürfen wir erwarten, dass der Schwerpunkt der Schädigung vielfach bald nach der einen, bald nach der andern Seite hin zu suchen ist.

4. Handelt es sich um eine gleichmäßige Minderleistung im Bereich der Empfindungen wie der einfachen Gefühle, so liegt der Fall vor, den wir als reinste Zwischenstufe zwischen Imbecillität und normaler Verfassung betrachten können, die Debilität mit ihrer geringen intellektuellen Schwäche und ihrer Gleichgültigkeit gefühlsweckenden Eindrücken gegenüber. Es handelt sich um das Gros der Kinder, die beim Lernen nicht gleichen Schritt mit den Altersgenossen einzuhalten vermögen, mehr und mehr zurückbleiben, sich für Förderklassen eignen und dort trotz gewisser Trägheit und Stumpfheit langsam zu einem gewissen Abschluss der Schulbildung weiter gebracht werden können.

5. Eine andere Gruppe wären die Fälle, bei denen ein Missverhältnis zwischen der Veranlagung der intellektuellen Sphäre einerseits und der affektiven andererseits besteht, indem eben das Empfindungsleben, die Aufmerksamkeit und psychische Aktivität schwächer entwickelt ist als die Sphäre der Gefühlstöne und Affekte. Diese Kinder sind zu ernstem Lernen wenig zu gebrauchen, die Aufmerksamkeit erlahmt rasch, der Bewusstseinsumfang ist zu eng, als dass viele Einzelvorstellungen nebeneinander beleuchtet und dadurch kompliziertere Urteile, Beziehungen und Vergleichungen gebildet werden könnten, dagegen sind die Gefühlstöne verhältnismäßig lebhaft, die affektive Seite überwuchert die verstandesmäßigen Leistungen, die Kinder werden Träumer, Phantasten, sind überschwenglich, wechselvoll in ihren Stimmungen, reizbar, aber ohne entsprechend kräftige Vorstellungen, die die Affektentwicklung regulieren könnten. Die Gruppe schliesst die von Kraepelin als „Haltlose“ beschriebenen psychopathischen Persönlichkeiten ein. Die ausgesprochenen Mutterkinder, die Idiosynkrasischen, auch viele der künftigen Dégénérés supérieurs gehören hierher.

6. Im Gegensatz zu dieser Gruppe finden sich unter den leicht abnormen Kindern Fälle, bei denen der Defekt im wesentlichen nach der Seite des Gefühlslebens hin liegt, während sie sich intellektuell leidlich entwickeln und vor allem die aktive

Aufmerksamkeit oft ungemein rege ist. Es sind zunächst die Kinder, die an der natürlichen Beschäftigung der Altersgenossen, dem harmlosen Spiel keinen rechten Gefallen finden, die die Strafe nicht mit Verstimmung, sondern mit Trotz beantworten, die mit Behagen Tierquälereien verüben, gerne Spielzeug, Bücher, auch fremdes Gut zerstören, die keine Anhänglichkeit an die Eltern, keine Dankbarkeit gegen Wohltäter kennen, in dem Lehrer und jeder älteren Person ihre Gegner erblicken, sich schon in der Schule durch Ränke, Heimtücke und gelegentliche Diebstähle auszeichnen, ohne hinter dem Lehrpensum erheblich zurückzubleiben. Mit einem Worte, es sind die Remonten für die Schar der späteren Verbrecher, es ist die Gruppe, zu der die sog. moralisch Schwachsinnigen gehören.

Freilich kann die Lombroso'sche Auffassung nicht in vollem Umfang aufrecht erhalten werden, vor allem seine Atavismus-Theorie ist fragwürdig und die Degenerationszeichen, auf die er Nachdruck legt, haben wenig praktischen Wert. Immerhin, trotz schärfster Kritik und der neuerdings mehr und mehr in den Vordergrund tretenden Hervorhebung des Milieus als Grundlage vieler Verbrechen, so durch v. Liszt und Aschaffenburg, wird die Gruppe moralisch Schwacher von namhaften Autoren wie Bleuler und Hoche doch zugestanden; nur glaube ich, dass man in ihrer Motivierung weiter gehen sollte. Der Defekt der moralischen Gefühle (Bleuler) oder die Herabsetzung und Unerregbarkeit der höheren, besonders sittlichen Gefühle (Hoche) ist gewiss zuzugeben, aber die dagegen vielfach auftretende Aversion zahlreicher Autoren nimmt offenbar nicht unbegründeten Anstoss daran, ein so kompliziertes psychologisches Gebilde wie die moralischen oder sittlichen Gefühle zum Klassifikationsprinzip zu erheben. Man sollte in jedem Falle nach einer Störung möglichst einfacher, grundlegender psychischer Funktionen suchen; eine solche lässt sich meines Erachtens bei den meisten Fällen in einer Abschwächung und Perversion der jede normale Vorstellung begleitenden Gefühlstöne erweisen, vor allem sobald es sich um Erinnerungsvorstellungen, nicht um Wahrnehmungen mit ihrem lebhafteren sinnlichen Empfindungswert handelt. Das Verhältnis ist geradeso, wie etwa bei einer Bewegungsstörung, die sich zunächst

auch in den kompliziertesten Funktionen kundgibt, etwa beim Violinspiel eines Virtuosen, oder eine Störung der unteren Extremitäten zunächst beim Tanzen: Hier werden wir uns auch nicht begnügen, lediglich eine Störung dieser komplizierten Bewegungen festzustellen, sondern wir suchen die tiefer liegende Affektion der einfachen Bewegungen, eine spastische Parese der Beine oder einen Intentionstremor der Oberextremitäten, aufzufinden. Zweckmäßig würde man daher statt von moralisch Schwachen vielmehr von Gefühlsstumpfen sprechen. Es ist zuzugeben, dass bei vielen freilich die normale intellektuelle Ausbildung auch notleidet, für andere Fälle jedoch gilt das Wort von Schüle, dass man oft überraschend guten Verstand bei moralisch Irren antrifft. Das Milieu trägt allerdings viel zum Zustandekommen von Konflikten bei. Unter den Zöglingen der Zwangserziehungsanstalt finden sich neben den ethisch Defekten auch die intellektuell Schwachen ziemlich häufig, traf doch Mönckemöller bei seinen bekannten Untersuchungen unter 200 Kindern 68 direkt imbecille und überhaupt nur 3, die geistig so rege waren, dass sie den Namen des sie öfter untersuchenden Arztes kannten. Doch ist nicht zu vergessen, dass unter günstigen äusseren Umständen sehr wohl eines jener Kinder die Schule vermöge hinreichender intellektueller Leistungen ohne Anstoss passieren kann und auch im späteren Leben eine angesehene Position gewinnt, ohne irgendwie in Konflikt mit der gesetzlichen Ordnung zu geraten. Psychopathisch bleiben aber diese Fälle einer Minderentwicklung im Bereiche des Gefühlslebens von Jugend auf ohne Zweifel doch.

Therapeutisches.

Was kann nun diesen leicht psychopathischen Kindesnaturen gegenüber geschehen? Dem Arzt fällt im wesentlichen die diagnostische, dem Pädagogen mehr die therapeutische Aufgabe zu. Das schlimmste, was einem solchen abnormen Kinde passieren kann, ist die Verkennung seines Zustandes, die dann vielfach unzweckmäßige Maßregeln zulässt. Neuerdings ist das Interesse für die abnormen Kinder in erfreulicher Zunahme begriffen, existieren doch nicht weniger als 7 Periodica*), die

---

*) 1. Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptiker,

sich diesem Studium widmen und pädagogische sowie medizinische Mitarbeiter haben.

Immerhin ist die direkte Fühlung des Arztes mit den abnormen Kindern noch bei weitem nicht eng genug. Schon der Hausarzt, der das Kind doch längst vor dem Schulbesuch kennen lernt, muss seinen Blick hierfür scharf erhalten. Zwei besonders kompetente ärztliche Instanzen sollten mit grösstem Nachdruck nach derselben Seite hin arbeiten: Einmal die Schulärzte, die über eine psychologische und psychiatrische Bildung verfügen müssten, indes heutzutage noch keineswegs eine allgemein anerkannte Institution bilden und auch an manchen Hilfsschulen für schwach befähigte Kinder noch vermisst werden. Selbst bei der Besetzung der Schularztstelle in dem soweit vorgeschrittenen Mannheim nahm man kürzlich davon Abstand, einen durch psychiatrische Leistungen gerade auf diesem Gebiete ausgezeichneten Arzt zu wählen.

Dann aber sollten die immer mehr in Aufnahme begriffenen psychiatrisch-neurologischen Polikliniken, die an vielen Universitäten, in den Grossstädten, erfreulicher Weise auch an manchen Irrenanstalten, wie Uchtspringe, existieren, vornehmlich auch auf die pathologischen Kinder ihr Augenmerk richten. Da handelt es sich um ein Krankenmaterial, das bei der bekannten Kontroverse zwischen Internisten und Psychiatern den letzteren gewiss nicht streitig gemacht werden kann.

Das nächstliegende für den Arzt ist nun eine genaue Zustandsuntersuchung, die möglichst den Ausschluss bedenklicher organischer Leiden berücksichtigen soll. Es wäre nicht schwer,

---

Organ der Konferenz für Idiotenheilpflege, herausgegeben von Schröter und Wildermuth.

2. Die Kinderfehler, Zeitschrift für pädagogische Pathologie und Therapie, herausgegeben von Trüper, Koch, Ufer, Zimmer.

3. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiet der pädagogischen Psychologie und Physiologie, herausgegeben von Ziegler und Ziehen.

4. Beiträge zur pädagogischen Pathologie, herausgegeben von Fuchs, Gütersloh.

5. Zeitschrift für pädagogische Psychologie, Pathologie und Hygiene herausgegeben von Kemsies und Hirschlaff.

6. Eos, Vierteljahrschrift für Erkenntnis und Behandlung jugendlich Abnormer, herausgeg. von Brunner, Krenberger, Mell und Schlöss in Wien.

7. Die Hilfsschule, Hannover.

zu den mannigfachen Prüfungs- und Fragebogen einen neuen hinzuzuliefern; am zweckmäßigsten ist die Untersuchung nach dem Prinzip von Sommer*), bei dem die Frage nicht lediglich eine Antwort, sondern eine Reaktion erzielen will. Der ausführliche Prüfungsgang nach Rieger**) ist nur bei längerer Internierung des Patienten bequem durchführbar, während die ebenso zeitraubende Möller'sche†) Intelligenzprüfung sich eher als eine Inventaraufnahme des Wissensbesitzes nach längerer Behandlung empfiehlt. Die meisten Prüfungsmethoden leiden unter einer zu starken Betonung der rein intellektuellen Sphäre, namentlich des Gedächtnisschatzes. Wenig ergiebig sind die vorgeschlagenen Ermittelungen der moralischen Auffassung, so etwa die Erzählung von Fabeln mit einer moralisierenden Pointe oder die in Enquêteform bei zahlreichen Kindern erhobenen Aussagen, z. B. über das Verhalten bei dem Fund eines Wertobjektes††). Eher lässt sich ein Urteil gewinnen, wenn man Gelegenheit hat, das Kind geraume Zeit in seiner Beschäftigung still zu beobachten, etwa beim Spiel mit zerbrechlichen Objekten, und dann festzustellen sucht, wie es dem Reiz des Spielzeuges gegenübersteht, was es mit dem Objekt anfängt, welche Schonung es anwendet, wie es sich beim Verlust eines zerstörten Spielzeuges verhält usf. Leider hat die Experimentalpsychologie, die ja zur Prüfung von Auffassung, Gedächtnis, Assoziation, Reaktion usw. recht brauchbare Methoden herausgebildet hat, hinsichtlich der Gefühlssphäre noch wenig zu bieten. Es ist nicht zu leugnen, dass der Lehrer, der sich Monate lang mit dem Kinde abgibt, in der Regel ein umfassenderes Urteil über den Grad der Bildungsfähigheit gewinnen kann, als der Spezialarzt bei einmaliger, noch so sorgfältiger Untersuchung. Aber eine Qua-

---

*) Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden, Berlin-Wien 1899.

**) Beschreibung der Intelligenzstörungen infolge einer Hirnverletzung nebst einem Entwurf zu einer allgemeinen anwendbaren Methode der Intelligenzprüfung, Separat-Abdruck aus den Verhandlungen der phys. med. Ges. zu Würzburg, neue Folge, XXII. Bd., Würzburg 1890.

†) Über Intelligenzprüfungen, ein Beitrag zur Diagnostik des Schwachsinns. Diss. Berlin 1897.

††) v. Gizycki, Wie urteilen Schulkinder über Funddiebstahl, Kinderfehler VIII. 1903, S. 14.

rantänezeit von 2 Jahren, wie sie die Bestimmungen vieler Hilfsschulen verlangen, ehe ein Kind aus der erfolglos besuchten Normalklasse wegen schlechter Befähigung in die Hilfsschule gebracht werden kann, erscheint doch wohl überflüssig lang und schliesst für das dem Spezialunterricht so lange vorenthaltene Kind doch auch einen Verlust in sich. Ein so überaus vorsichtiges Verfahren könnte nur dem Widerstande der Eltern gegenüber gerechtfertigt erscheinen, die ja hinsichtlich der Erkenntnis einer Minderwertigkeit ihres Kindes, ja selbst hinsichtlich der begleitenden körperlichen Defekte, oft genug geradezu mit Blindheit geschlagen sind.

Mit eine Hauptaufgabe des Arztes wird es auch sein, bei hervortretendem abnormen Verhalten eines Kindes vor zu weit gehenden Befürchtungen und rigorosen Maßregeln zu warnen. Bei unserer weiten Fassung des Begriffes der Abnormität finden sich häufig Kinder von recht auffallendem Verhalten, denen gegenüber wohl Beobachtung und Überwachung angebracht, aber einschneidende Maßregeln, etwa Entfernung aus dem Elternhause, noch keineswegs indiziert sind. Wir dürfen nicht vergessen, dass ein ausserordentlich hoher Prozentsatz der Gebildeten, die vielfach nach irgend einer Seite hin durch ausgezeichnete Leistungen hervorragen, nach anderen Seiten hin abnorme Züge aufweist und auch in der Kindheit schon als leicht abnorm erkannt wurde.

Vor allem ist auch bei Spätreife des Kindes noch keineswegs die Hoffnung auf eine günstige Weiterentwicklung aufzugeben, wie das Beispiel zahlreicher bedeutender Männer zeigt, so des grossen Chemikers Liebig, den die Lehrer für äusserst unbegabt hielten. Auch Helmholtz hatte in der Gymnasialzeit mit einem geradezu abnorm schwachen Gedächtnis zu kämpfen, das ihm beim Vokabellernen, in der Grammatik und in der Geschichte zur Marter wurde; indes ist es falsch, dass er, wie von Trüper*) behauptet wird, für minderwertig gehalten worden wäre und zu jenen gehörte, denen die Lehrer prophezeiten, „es würde nichts Gescheites aus ihnen werden, dass sie also an der Grenze des Schwachsinns ständen.“ Das

*) Die Anfänge der abnormen Erscheinungen im kindlichen Seelenleben, Altenburg 1902.

Gegenteil ist vielmehr aktenmäßig bewiesen*), die Lehrer spendeten ihm im Abiturientenzeugnis „vorzüglichen Beifall“.

Bei den abnormen Kindern, die in der gewöhnlichen Schule nicht gut mitkommen, muss eingeschritten werden. Ich bin mit Laquer der Ansicht, dass die zahlreichen Hilfsschulen im wesentlichen für die Stufe der Imbecillen geeignet sind. Für die Debilen jedoch, die in intellektueller Hinsicht leicht Abnormen, ergibt sich wenigstens in den Grossstädten eine schöne Perspektive durch das Mannheimer Förderklassensystem. Früher stand ich dieser Einrichtung selbst durchaus skeptisch gegenüber und teilte die vielerlei Einwände gegen die zu grosse Zersplitterung, die Qualitätsklassenbildung, die organisierte Eselsbank usw. Ich muss jedoch gestehen, dass ein eingehender, mehrere Tage dauernder Besuch der Einrichtungen im Verein mit dem Studium der neuesten Literatur**) hierüber und den Aussagen der beteiligten Lehrer jeden wie mich von dem Erfolge des Systems überzeugen kann.

Es handelt sich im wesentlichen darum, dass nicht allein die schwachsinnigen Kinder in Hilfsklassen Unterricht empfangen, sondern auch die grössere Zahl der Kinder mit etwas verringerter Arbeitsfähigkeit, sei es dauernd, sei es vorübergehend, in besonderen Klassen, den Wiederholungsklassen, untergebracht werden. Hier werden sie durch besonders geeignete Lehrer, die mit der Klasse aufrücken, unter geringerer Schülerzahl als bei den Normalklassen nach einem quantitativ modifizierten, aber in sich geschlossenen Lehrgang zu einem schulmäßig abgerundeten Bildungsabschluss geführt. Im Rahmen der einzelnen Förderklassen selbst wird vielfach noch Abteilungsunterricht getrieben, der zwecks individueller Einwirkung für einen Teil der Stunden gesonderte Gruppen an die Stelle der gemeinsamen Klasse treten lässt. Selbstverständlich findet auch Handfertigkeitsunterricht seine Pflege.

Auch hinsichtlich der körperlichen Hygiene wird für die Förderschüler besondere Sorge getragen bei der Teilnahme

---

*) Königsberger. Hermann von Helmholtz, 1902, S. 11 und 20.

**) Sickinger, Zur Frage der Organisation grosser Volksschulkörper.

Sickinger, Organisation grosser Volksschulkörper nach der natürlichen Leistungsfähigkeit der Kinder.

Moses, Das Sonderklassensystem zur Mannheimer Volksschule. Alle erschienen Mannheim 1904.

an den Wohlfahrtseinrichtungen, wie warmes Frühstück in den Wintermonaten, Freitisch in der Volksküche, Schulbrausebäder, Ferienkolonieen, Kinderhorte usw.

Irrig ist die Ansicht, dass die Einrichtung eine starke Mehrbelastung des Schulétats bedinge: ob bei 350 Schülern 10 Normalklassen von je 35 Schülern durch 10 Lehrer unterrichtet werden, oder 9 Normalklassen von je 37 Schülern durch 9 Lehrer sowie eine Wiederholungsklasse von nur 17 Schülern durch einen Lehrer, das erfordert genau denselben Aufwand an Lehrkräften wie an Schulzimmern. Ein Plus von 2 Schülern wird sich jeder Lehrer gern gefallen lassen, wenn er dafür von Repetenten und Nachzüglern befreit wird.

Es gehören in diese Klassen Kinder, die durch längere Schulversäumnisse zurückgeblieben sind, ferner solche mit Seh- und Hörstörungen und dann vor allem nervöse, leicht ermüdbare, anämische, schlecht genährte Kinder. Das System ist derartig an die Normalklassen angegliedert, dass der Eintritt und die Rückversetzung jederzeit leicht möglich ist. Die bisherigen Erfahrungen sind durchaus ermutigend und vor allem auch die Eltern haben sich bald mit der Einrichtung befreundet. 7,7 % aller Volksschüler sind den Förderklassen überwiesen. Selbstverständlich erstrecken sich die gesetzlichen Bestimmungen über Schulpflicht auch auf diese Wiederholungsklassen, wie übrigens ja in Preussen, Baden, Braunschweig, ferner in Wien, auch auf die Hilfsschulen.

Was aus einem leicht abnormen Kinde zu machen ist, das geschieht in dieser Einrichtung, die eine wertvolle Ergänzung der Hilfsklassen darstellt. Über die segensreiche Wirkung der letzteren herrscht ja nirgends mehr ein Zweifel, konnten doch 1901 83 % ihrer Schüler erwerbsfähig in das Leben treten. Es sei kurz darauf verwiesen, dass von anderer Seite auch der unser Thema nicht unmittelbar berührende Vorschlag einer Spezialunterweisung für besonders gut befähigte Schüler laut geworden ist. *)

Wenn nun dieses Mannheimer System die zweckmäßigste Versorgung der vor allem intellektuell leicht Minderwertigen darstellt, so reicht es doch nicht aus für moralisch schwache

*) Petzold, Sonderschulen für hervorragend Befähigte, Neue Jahrbücher für das klassische Altertum, Geschichte und deutsche Literatur und für Pädagogik, XIV. Bd., 8. Heft, S. 425. Leipzig 1904.

Kinder. Es laufen wohl manche mitunter, die durch Lügen und Stehlen auffallen, aber wenn irgend möglich, sind moralisch Schwache in Internaten unterzubringen, denn sie bedürfen der dauernden Beaufsichtigung. Dass die Fürsorgeerziehung von ärztlichem Standpunkt aus noch viel zu wünschen übrig lässt, brauche ich vor dieser Versammlung nicht hervorzuheben. Der ärztliche Dienst ist dort noch durchaus unzureichend, aber auch die pädagogische Seite der Fürsorgeerziehung bedarf noch sehr der Vervollkommnung; die badische Anstalt Flechingen hatte z. B. einen früheren Unteroffizier als Direktor. Vor allem fehlt es an Gelegenheit, sittlich verwahrloste Kinder leichteren Grades, die nicht den Bedingungen der §§ 1666 und 1838 B. G.-B. entsprechen, zweckmäßig unterzubringen. Für Wohlhabende existieren ja einige Anstalten, die aber nur dann zu empfehlen sind, wenn sich der Betrieb und Umfang möglichst dem Familienkreise annähert. Sollten einmal für grössere Mengen sittlich bedenklicher Kinder Anstalten errichtet werden, so ergibt sich ein zweckmäßiges Vorbild in den sog. deutschen Landerziehungsheimen.

Vor allzu grosser Zersplitterung sollte man sich hinsichtlich der Anstaltsfürsorge hüten. Der gelegentliche Vorschlag besonderer Anstalten für hysterische Kinder verkennt geradezu das Wesen der Hysteriebehandlung mit ihrem divide et impera. Von Lentz und Demoor wurden Sonderschulen für Krampfkranke also epileptische, hysterische, choreatische u. a. Kinder empfohlen. Ernster zu nehmen sind die Vorschläge von Berkhan, Heller*) u. a., für die epileptischen Kinder besondere Klassen einzurichten. Indes muss ich unter eingehender Würdigung der Gründe doch zu einem anderen Resultat kommen. Die epileptischen Kinder sind hinsichtlich ihrer geistigen Stufe, wie auch hinsichtlich der anfallartigen Störungen ausserordentlich verschieden. Je nach Art dieser Verschiedenheit sollte man Fürsorge treffen. Die verblödeten epileptischen Kinder gehören in Idiotenanstalten, freilich unter ärztlicher Überwachung; die von zahlreichen schweren Anfällen und Status epilepticus Betroffenen sind rein ärztlich mit Bettbehandlung zu versorgen; die sittlich Verwahrlosten gehören in das Fürsorgeerziehungssystem, jedenfalls in Internatsbehandlung. Für die Kinder nun

*) Heller, Grundriss der Heilpädagogik. Leipzig 1904.

die geistig nicht weit zurück sind und vorzugsweise an anfallartigen Zuständen von nicht allzu häufigem Auftreten leiden, ist es durchaus zweckmäßig, sie möglichst in ihrer Schulklasse, wenigstens in der Förderklasse oder Hilfsklasse zu belassen, statt sie zu früh daraus zu entfernen. Es ist geradezu auffallend, wie ausserordentlich selten wirkliche Störungen des Unterrichts durch epileptische Zufälle eintreten; sowohl bei meinem Würzburger Material von über 70 Fällen von Epilepsie bei Schulkindern, wie auch bei den Schülern der Mannheimer Förder- und Hilfsklassen sind, von 3—4 Fällen abgesehen, nennenswerte Störungen des Unterrichts nie vorgekommen. Dieser geringen Störungen wegen, die ja während des Unterrichts auch bei tuberkulösen Kindern durch Blutsturz, bei magenkranken durch Erbrechen hervorgerufen werden können, sollte man das Kind nicht aus seiner Klasse herausnehmen. Die Gefahr psychischer Infektion für hysterisch veranlagte Kinder, die ja bei Knaben überhaupt fast gänzlich ausgeschlossen ist, spielt bei verständigem Verhalten des Lehrers auch keine ernste Rolle.

Alle diese Ausführungen, die besonders in ihrem therapeutischen Teile sich einer möglichsten Konzentration unter völligem Verzicht auf jedes Detail, vor allem heilpädagogische Erörterungen, befleissigen, möchte ich in Kürze zusammenfassen in folgende Leitsätze:

1. Neben den Idioten und Imbecillen gibt es eine grosse Menge von Kindern, die wegen psychisch abnormen Verhaltens besonderer ärztlicher Berücksichtigung bedürfen.

Die ätiologische Grundlage ist verschieden, es handelt sich:

a) um vorübergehende Schädigungen exogener Art, durch körperliche Krankheiten und durch ungünstiges Milieu;
b) um die formes frustes mancher Formen von Idiotie und Imbecillität;
c) um Entwicklungshemmung auf Grund von konstitutionellen Leiden;
d) um die leicht epileptischen, die hysterischen und die neurasthenisch veranlagten Kinder;
e) um die zu schweren Psychosen disponierten und von Kindheit an auffälligen Individuen.

Vielfach lässt sich eine Kombination mehrerer ursächlicher Momente feststellen.

3. Symptomatologisch können die allerverschiedensten psychischen Funktionen einzeln oder kombiniert betroffen sein, oft genug lässt sich die Störung bis zu den einfachen psychischen Gebilden verfolgen.

Rein nervöse Begleiterscheinungen sind häufig, ebenso anderweitige organische Mängel.

4. Als Hauptgruppen lassen sich klinisch-psychologisch folgende aufstellen:

a) leicht epileptische Kinder;
b) hysterisch veranlagte Kinder;
c) neurasthenisch veranlagte Kinder;
d) intellektuell und affektiv minderwertige Kinder, die Debilen im engern Sinne;
e) intellektuell und apperzeptiv schwache Kinder bei vorherrschendem Gefühlsleben, die phantastischen, reizbaren und haltlosen;
f) intellektuell und apperzeptiv entwickelte, aber gefühlsstumpfe Kinder, die moralisch defekten.

5. Therapeutisch empfiehlt sich für erheblich Schwachsinnige die Hilfsschule, für intellektuell leicht abnorme Kinder das Wiederholungsklassensystem, für sittlich Verwahrloste und defekte die Fürsorgeerziehung unter ärztlicher Beratung, während epileptische Kinder je nach Art ihres Zustandes differenziert zu behandeln sind.

Ich stehe somit am Schluss meiner Ausführungen. Indem ich Sie bitte, unseren Thesen die Zustimmung zu erteilen, möchte ich noch einmal betonen, dass es sich hier um ein in der ersten Bebauung begriffenes Gebiet handelt, bei dem es für die Psychiatrie aber doch bereits gilt: „tua res agitur“. Als Gewährsmann für die Bedeutung solcher Grenzzustände möchte ich keinen geringeren anrufen als Griesinger, der sich in seinem klassischen Werke dahin ausspricht: „Es scheint uns das allgemeine Verständnis der psychischen Krankheitsprozesse wesentlich gefördert zu werden durch die Betrachtung ihrer Analogieen mit ihren verwandten Zuständen.“

Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Über
chronische Alkoholpsychosen.

Von

Dr. Paul Schröder,
I. Assistent der Kgl. psychiatrischen Klinik zu Breslau.



Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1905.

Sammlung

zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von

Direktor Dr. med. Konrad Alt,

Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

unter ständiger Mitwirkung

herausgegeben von

Professor Dr. **A. Hoche,**

Freiburg i. Br.

Band VI, Heft 2/3.

I.

Wir wissen, dass bei fortgesetztem Alkoholmissbrauch sich häufig Störungen einstellen, für deren Gesamtheit Magnus Huss den Namen chronischer Alkoholismus eingeführt hat. Wir wissen ferner, dass auf dem Boden dieses chronischen Alkoholismus bei einer beträchtlichen Anzahl von Individuen akute Geistesstörungen zum Ausbruch kommen; das sind einmal das seit langem den Psychiatern geläufige Delirium tremens und zweitens die wenigstens in ihren Hauptzügen auch bereits seit der Mitte vorigen Jahrhunderts bekannte akute Halluzinose der Trinker (akute Alkohol-Paranoia, akuter halluzinatorischer Wahnsinn der Trinker). Beide werden als akute Episoden im Verlauf eines chronischen Intoxikationsprozesses aufgefasst. Auf die enge klinische Verwandtschaft zwischen beiden, sowie beider mit anderen akuten Krankheitszuständen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus (Neuritiden, sog. akute hämorrhagische Poliencephalitis superior [Wernicke]) ist von Bonhoeffer hingewiesen worden.

Delirium tremens und akute Halluzinose gehören dank ihrer relativ einfachen Symptomatologie und ihres leicht zu übersehenden Verlaufes zu den uns am besten bekannten und am wenigsten strittigen Krankheitsbildern in der klinischen Psychiatrie.

Neben diesen beiden Erkrankungen, die mit der Mehrzahl der akuten Störungen bei Alkoholisten die günstige Prognose gemeinsam haben, werden nun in den psychiatrischen Lehrbüchern und in der Spezialliteratur über den Gegenstand von altersher eine Menge von anderen Krankheitsbildern als durch Alkoholmissbrauch bedingt beschrieben, die sich durch schleichende Entwicklung oder ungünstigen Verlauf auszeichnen. Eine auch

nur oberflächliche Sichtung des niedergelegten Materiales lehrt ohne weiteres, dass von den verschiedenen Autoren sehr verschiedenartiges geschildert worden ist, sodass von einer weitgehenden Einheit in der Auffassung, wie sie beim Delir und bei der Halluzinose herrscht, keine Rede sein kann. Für die Gesamtheit dieser Erkrankungen ist im folgenden der Name „chronische Alkoholpsychosen" gewählt worden. Der Begriff des chronischen ergibt sich als vorläufiger, wenig präsumierender ohne weiteres aus der Gegenüberstellung gegen die beiden ausgesprochen akuten Symptomenbilder des Deliriums tremens und der Halluzinose; es soll dabei zunächst die Frage nach der Abgrenzung der chronischen Psychosen von den Defektzuständen sowie von den Fällen mit einfachen Residuen aus akuteren Zeiten ausser Betracht bleiben. —

Der Begriff Alkoholpsychose ist ein ätiologischer. Die Ätiologie der psychischen Erkrankungen ist ein Kapitel, das zu den schwierigsten unserer Disziplin gehört. Das hat seinen Hauptgrund wohl darin, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die „äusseren" Ursachen sich in einer für uns vorläufig nicht entwirrbaren Weise mit „inneren" vermischen, und dass unsere Kenntnisse über die letzteren ausserordentlich dürftig sind. Die Anwendung des Satzes: gleiche Ursachen gleiche Wirkungen, wird, da wir von den Ursachen meist nur die äusseren kennen, erheblich erschwert.

Zu den bestgekannten ätiologischen Faktoren psychischer Erkrankungen gehören die Vergiftungen, und unter ihnen steht ihrer praktischen Wichtigkeit wegen obenan diejenige mit Alkohol. Nun sind es nicht die einmaligen akuten, sondern vielmehr die oft wiederholten oder chronischen Vergiftungen, die das Hauptinteresse der Irrenärzte in Anspruch nehmen. Dadurch wird bereits die Frage nach der ätiologischen Bedeutung des Giftes für die nach seiner Aufnahme zu beobachtenden krankhaften Zustände erschwert. Eine besondere Schwierigkeit erwächst aber der Beurteilung des chronischen Missbrauches von Alkohol als ätiologischen Momentes aus dem subjektiven Faktor, welcher in seinem Wesen als Genussmittel liegt. Es erhebt sich sofort die schwierige aber bedeutungsvolle Frage, wer wird Alkoholist, wer wird zum chronischen Trinker,

mit anderen Worten, wer ist ausserstande, dem abusus spirituosorum zu entsagen, wenn er sich einmal an denselben gewöhnt hat? Dass unter den Trinkern zum mindesten ein sehr grosser Prozentsatz pathologischer oder erblich mit Geisteskrankheiten und Trunksucht belasteter Individuen sich befindet, ist eine bekannte und allgemein anerkannte Tatsache.

Eine weitere Frage, über welche wir vorläufig nur sehr wenig wissen, ist: welche chronischen Alkoholisten bekommen infolge ihres Alkoholmissbrauches Psychosen, oder welche weiteren Umstände müssen hinzukommen, damit bestimmte psychotische Erscheinungen zu Tage treten?

Dass das Delirium tremens und die akute Halluzinose der Trinker alkoholistische Störungen im gewöhnlichen Sinne des Wortes sind, wird wohl allgemein angenommen, und doch sind auch hier bei genauerem Zusehen die Beziehungen zwischen dem ätiologischen Faktor (fortgesetzter Alkoholmissbrauch) und den Erkrankungen keine ganz einfachen: „nur ein gewisser Teil der Säufer, und zwar kein besonders grosser, erkrankt einmal im Leben oder öfter an Delirium tremens. Es genügt also nicht chronischer Alkoholismus allein, um diese Krankheit hervorzurufen.“ (Döllken). „Das Studium dieser Krankheitsbilder führt wenigstens für einen Teil derselben notwendig zu der Annahme, dass zwischen Ausbruch der Psychose und der chronischen Vergiftung noch ein ätiologisches Zwischenglied liegen muss, über dessen Charakter wir im wesentlichen auf Hypothesen angewiesen sind“ (Bonhoeffer). Flechsig weist vor allem auf die individuelle Praedisposition der Deliranten hin, Bonhoeffer vermutet, „dass ein durch die chronische Gewebsschädigung des Intestinaltraktus irgendwo sich bildendes Gift, das bei sonst normaler Funktion durch die Lungen zur Ausscheidung kommt, durch Störungen des Atmungsapparates — bezw. des Gaswechsels — an der Ausscheidung verhindert wird und nun als Intoxikationserscheinung den eigentümlichen Symptomenkomplex des Delirium tremens hervorruft“. Für die akute Halluzinose nimmt Bonhoeffer an, dass ihr dieselbe Noxe wie beim Delirium tremens zu Grunde liegt, und dass sie nur die spezifische Reaktionsform solcher Alkoholisten darstellt,

deren akustisches Wahrnehmungs- und Vorstellungsgebiet infolge individueller Veranlagung besonders erregbar ist.

Diese Bemerkungen genügen für den Hinweis, dass selbst bei den uns gut bekannten akuten Symptomenkomplexen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus die ätiologischen Verhältnisse nicht so einfach und klar liegen, wie es auf den ersten Blick erscheinen möchte. „Ätiologische Zwischenglieder" und „innere Ursachen" spielen bei ihrem Zustandekommen wahrscheinlich neben dem Alkoholmissbrauch eine Rolle, über deren Bedeutung wir noch fast ganz im unklaren sind. Wir laufen bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse von den Ursachen des Irreseins stets Gefahr, Fehler zu begehen durch das Übersehen anderer ätiologischer Faktoren und durch das Überschätzen eines einzelnen, uns zufällig bekannten ursächlichen Momentes. Schützen vor falschen Schlüssen kann uns nur der Vergleich einer möglichst grossen Reihe gleicher Erkrankungsformen, mit anderen Worten die eingehende klinische Beobachtung, da uns einmal experimentelle Untersuchungen, wie sie andere Disziplinen anzuwenden in der Lage sind, z. Z. nicht zu Gebote stehen, und uns andererseits eine pathologische Anatomie noch fast völlig fehlt. Dass die Fehlerquellen für die Entscheidung des post und propter hoc beim chronischen Alkoholismus besonders grosse sind, liegt in dem Umstande, dass vielfache Wechselbeziehungen zwischen Geisteskrankheit und Alkoholismus bestehen, und dass stets an die Summierung beider gedacht werden muss. Die Gefahr, zuviel unter dem Namen alkoholistische Psychose zu bringen, besteht wahrscheinlich für die chronischen Zustände in noch höherem Grade als für die akuten. In vielen Fällen wird man sich damit begnügen müssen, einen bestimmten ätiologischen Faktor neben anderen als den wichtigsten oder hauptsächlichsten zu bezeichnen; damit ist aber für eine Klassifizierung wenig gewonnen und es wird der Willkür in der Benennung und Auffassung weiter Spielraum gelassen. Die Konsequenz aus diesen Bedenken zieht Wernicke, wenn er sich dahin äussert, „dass die ätiologische Betrachtung nur dann einen Nutzen gewährt, wenn wir sie von der klinischen Begriffsbestimmung der verschiedenen Psychosen streng trennen". Er lehrt, dass die gleiche Ätiologie verschiedene Psychosen hervorrufen.

und umgekehrt, dass gleiche Krankheitsbilder durch verschiedene Ursachen ausgelöst werden können. Dabei ist allerdings zu bemerken, dass Wernicke im Gegensatz zu anderen Klinikern für die Abgrenzung von einzelnen „Psychosen“ vorwiegend die Symptomatologie verwertet, und andere Hülfsmittel, wie gesetzmässigen Ablauf und Ausgang, nur in beschränktem Maße heranzieht; für ihn ist selbst die progressive Paralyse nur eine ätiologische Zusammenfassung von sonst untereinander sehr verschiedenen Psychosen.

Wenn wir an die Möglichkeit einer Weiterentwicklung der Psychiatrie in dem Sinne glauben, wie es Kahlbaum praezisiert hat, und wie es Kraepelin heute schon allgemein durchzuführen versucht, so können wir den Wernicke'schen Standpunkt nur als einen vorläufig berechtigten anerkennen. Es wird sich später vielleicht herausstellen, dass Symptomenkomplexe, die wir heute noch als identisch ansehen müssen, weitgehende Verschiedenheiten besitzen, dass uns wesentliche Unterscheidungsmerkmale heute noch entgehen, dass wir unwesentliches für wesentliches halten, vor allem aber, dass unsere Anschauungen über Ätiologie ganz ungenügende sind. Die Schwierigkeit, die ätiologische Betrachtungsweise schon jetzt mit der klinischen in Einklang zu bringen, liegt sicherlich nicht im Wesen der Sache begründet, sondern in dem Mangel unserer Kenntnisse sowohl von den Ursachen wie von den Erscheinungsformen der Geisteskrankheiten. —

Über die allgemeine Frage, welche Krankheitsformen als alkoholistische anzusehen sind, gehen bei den verschiedenen Autoren die Ansichten weit auseinander. Nach Nasse kommen als Folge des Alkoholismus am häufigsten „die gewöhnlichen Symptomenkomplexe der Manie, der Melancholie und allgemeinen Paralyse, sowie die sekundären Störungen in den chronischen Formen des Schwach- und Blödsinns“ vor. Auf etwa dem gleichen Standpunkte steht A. Cramer, welcher der Ansicht ist, „dass die alkoholischen Seelenstörungen kaum Zustandsbilder bieten, die nicht bei ohne Einfluss des Alkohol entstandenen Psychosen auch vorkämen“. E. Meyer lehrt: „Der chronische Alkoholmissbrauch vermag an sich jeder Form geistiger Störung als ausschliessliche Ursache zu dienen“, er „kann jede Form der

Geisteskrankheiten hervorrufen". Roubinovitsch hat unter dem Einfluss des Alkoholismus die verschiedensten Psychosen ausbrechen sehen, die nichts spezifisches haben. Demgegenüber raten andere Autoren (u. a. Dagonet, Brody de Lamotte, Kirchhoff, auch Schüle und namentlich v. Speyr) zur Vorsicht bei der Anwendung der Bezeichnung Alkoholpsychose. Den extremsten Standpunkt nimmt Bonhoeffer ein, der dazu neigt, vorläufig an der rein alkoholischen Ätiologie aller Fälle zu zweifeln, die über den Rahmen der von ihm scharf umschriebenen Typen hinausgehen.

Einen der Hauptgründe für diese weitgehende Verschiedenheit in der Auffassung werden wir ohne weiteres in der Verschiedenheit zu suchen haben, mit welcher die einzelnen Autoren den Begriff Ätiologie präzisieren. Dem einen genügt das Vorhandensein des fortgesetzten Alkoholmissbrauches oder das gleichzeitige Bestehen zweifellos alkoholisch bedingter Störungen, der andere behält fortgesetzt die Schwierigkeiten im Auge, die sich uns heute noch bei allen Versuchen entgegenstellen, bestimmte Krankheitsformen auf bestimmte Ursachen zurückzuführen, Schwierigkeiten, die, wie die Erfahrung lehrt, ganz besonders gross sind im Gebiet des Alkoholismus. Dass „nicht jede bei einem Gewohnheitstrinker entstandene Geistesstörung eine alkoholische" ist, darüber sind sich wohl alle einig, die Differenzen sind vorwiegend gradueller Art.

Bei einer erheblichen Anzahl von Trinkern kommt es im Laufe der Zeit zu einem psychischen Defektzustand, dessen charakteristische Züge von den Autoren in ziemlich übereinstimmender Weise geschildert werden. Nach Kraepelin kennzeichnen ihn: Verarmung des Vorstellungsschatzes, Einengung des Gesichtskreises, Abnahme der Urteilsfähigkeit, Gedächtnisstörungen und Erinnerungsfälschungen, ferner sittliche Verrohung, erhöhtes Selbstgefühl, Uneinsichtigkeit, Reizbarkeit und humoristische Stimmung. Daneben kommen, auch ohne ausgesprochene Delirien oder Halluzinosen, vereinzelte Halluzinationen und Angstzustände, ferner namentlich wahnhafte Eifersuchtsideen und auf dem Boden von Misstrauen und Egoismus diffuse Beeinträchtigungsideen vor. All diese Wahnideen pflegen nach Erzwingung der Abstinenz rasch zu verschwinden, um

bei erneuten Exzessen in dieser oder jener Form wieder zu erscheinen. Cololian, ein Schüler Magnan's, hat diese Fälle eingehender beschrieben und reiht sie als eine klinische Varietät unter das „Delire de persécution“ ein; er unterscheidet dabei anscheinend nicht scharf zwischen passageren akuten Halluzinosen und protrahirteren Zuständen mit Wahnbildungen. Die Hauptursache für die Entwicklung des Wahnes sieht er in der hereditären Prädisposition der Kranken; bei den nicht Degenerierten muss der Alkohol sich selber erst allmählich die pathologische Grundlage schaffen. Seine Mitteilungen aus den Krankengeschichten sind zu kurz, als dass es möglich wäre, sich über alle Fälle ein klares Bild zu machen. Scholz bezeichnet als „chronisch alkoholistisches Irresein“ eine „Weiterentwicklung der als chronischer Alkoholismus gekennzeichneten Neurose“.

Von diesen Fällen, die allerdings in mancher Beziehung, namentlich auch in ätiologischer, der Bearbeitung bedürfen, soll im folgenden nur noch gelegentlich die Rede sein, da sie nicht als chronische Psychosen im eigentlichen Sinne aufzufassen sind, sondern als eine Aneinanderreihung psychotischer, meist rasch und mehr oder weniger vollständig abklingender Symptomenkomplexe, die jedesmal durch erneuten Alkoholmissbrauch ausgelöst werden.

Es ist ferner nicht in den Kreis der Betrachtungen hineingezogen worden die Korsakowsche Psychose und der isolierte Eifersuchtswahn der Trinker.

II.

Die grosse Mehrzahl der in der Literatur als chronische Geistesstörungen bei Trinkern beschriebenen Erkrankungen lässt sich leicht in zwei Gruppen teilen. Die eine wurde wegen des Bestehens geistiger Schwäche bei gleichzeitigem Vorhandensein nervöser Lähmungserscheinungen mit der progressiven Paralyse in Verbindung gebracht, die andere wegen des Vorherrschens von Wahnideen der Paranoia, oder neuerdings den paranoiden Erkrankungen angegliedert.

Die Entwicklungsgeschichte beider Gruppen ist eine verschiedene gewesen. Die Ansichten über die „Alkoholparalyse" haben sich allmählich geklärt, dank der Fortschritte, die unsere Kenntnisse von der echten Paralyse in klinischer und vor allem auch in anatomischer Hinsicht gemacht haben. Von der „Alkoholparanoia" gilt das nur sehr viel weniger.

Über die Beziehungen zwischen Alkohol und Paralyse sind im Verlauf weniger Jahrzehnte sehr verschiedenartige Ansichten laut geworden. Der Schwerpunkt der Fragestellung hat sich dabei wiederholt nicht unwesentlich verschoben.

Magnan lehrt (1874), dass chronischer Alkoholismus ausser in Demenz auch in progressive Paralyse übergehen kann; anatomisch denkt er sich den Vorgang so, dass sich zur chronischen Entzündung der Leber, der Nieren und des Herzens eine chronische Entzündung der Häute und des interstitiellen Gewebes des Gehirns (Paralyse) gesellt. Die 4 Fälle, die er als Beleg für seine Lehre anführt, würden wir, soweit sich das aus den mitgeteilten Krankengeschichten beurteilen lässt, wohl auch heute als echte Paralysen ansprechen, Paralysen bei Trinkern; ein dritter Patient hatte drei, der vierte ein Delirium tremens durchgemacht. Dass daneben symptomatische Trunksucht im

Beginn nicht alkoholisch bedingter Paralysen vorkommt, ist Magnan bekannt,

Noch präziser drückt sich im gleichen Sinne Drouet aus: chronischer Alkoholismus und progressive Paralyse sind nur zwei Namen für ein und dieselbe Krankheit; die paralytischen Erscheinungen sind das Summum in der Intensität des Leidens; Paralyse ist nur ein Symptom, Alkoholismus eine Ätiologie. Er führt Bayle mit dem Satze an: „Trunkenheit, welche permanent wird, ist nichts anderes als paralytische Geistesstörung".

Denselben Standpunkt hatte schon vorher Marcé vertreten (1862): Die progressive Paralyse alkoholischen Ursprungs unterscheidet sich, wenn sie einmal voll entwickelt ist, in nichts von der gewöhnlichen; nur in ihrem Vorstadium zeigt sie besondere Züge; die Nüanzen im Krankheitsbilde genügen aber nicht, um eine besondere Art zu konstituiren. Bei der Autopsie finden sich in beiden Fällen genau die gleichen Veränderungen.

Gambus, ein Schüler Magnan's schreibt ebenso: Die alkoholische Paralyse unterscheidet sich in nichts von der gewöhnlichen. Er führt als weitere Gewährsleute für diese Lehre u. a. Marcel an, ferner Contesse, welcher die Ansicht ausspricht, dass die Paralyse gewissermaßen einen natürlichen Ausgang des Alkoholismus darstelle; ca. 10% aller Alkoholiker würden Paralytiker.

Gegen diese Magnan'sche Lehre, welche in einer erheblichen Anzahl von Fällen echter Paralyse nur den Ausdruck einer Steigerung des Prozesses sieht, der dem chronischen Alkoholismus zugrunde liegt, wurden, auch in Frankreich, bald Stimmen laut.

Camuset hebt hervor, dass allerdings der chronische Alkoholismus in bestimmten Stadien symptomatisch ganz mit der Paralyse übereinstimmen kann, sodass die Differentialdiagnose momentan unmöglich sein könne; aber trotzdem sind beide nicht wesensgleich, sondern zwei völlig verschiedene „entités": er fügt hinzu, dass die Paralyse zahlreiche Ursachen habe, und dass eine der wichtigsten, aber keineswegs die einzige, der Alkohol sei; eine manifestation syphilitique stelle sie nicht dar.

Régis steht auf demselben Standpunkte, er spricht — wie übrigens auch Camuset — von Pseudoparalysie alcoolique und fasst diese als eine funktionelle Störung auf im Gegensatz zu der organisch bedingten echten Paralyse. Jedoch lässt die Beobachtung, die er mitteilt, erkennen, dass er wahrscheinlich ganz andere Fälle im Auge hatte wie Magnan. Sein Patient ist ein 57 jähriger Potator mit hochgradiger Arteriosklerose, der zweimal kurz nach einander mit den Zeichen einer paralytischen Manie erkrankte und beide male sich rasch besserte; er wurde das erste mal geheilt entlassen, das zweite mal trat nach der Besserung Tod an Pachymeningitis hämorrhagica ein. Die Sektion ergab niederes Hirngewicht (1088 gr), eine Haemorrhagie in den Arachnoidealsack, sehr starke allgemeine Arteriosklerose der basalen Gefässe, aber keine Anhaltspunkte für Paralyse.

Voisin führt ähnliche Fälle mit blühenden ganz paralytisch aussehenden Grössenideen bei Trinkern an. Seine Krankengeschichten sind leider zu kurz. Auch er bestreitet, dass der anatomische Befund der gleiche sei wie bei Paralyse.

In Deutschland war der Ausgangspunkt für die Alkoholparalysefrage der Befund der gefürchteten paralytischen Einzelsymptome bei Trinkern. Nach Dörr war Fr. Hoffmann der erste, der darauf hinwies, dass es eine pseudoparalytische Geisteskrankheit gibt, die durch Missbrauch des Alkohols hervorgerufen wird. Dann warnte Brosius vor einer voreiligen Diagnose der Paralyse und führte an, dass nach Exzessen in Baccho Fälle vorkommen, die der Paralyse ähnlich sind, aber ganz anders verlaufen. Nasse wählte für diese den Namen Pseudoparalysis e potu. Dörr, ein Schüler Nasse's, führte weiter aus, dass diese Fälle zur Paralyse gehören; er steht auf dem damals von Krafft-Ebing vertretenen Standpunkt, dass die Paralyse ein klinischer Sammelbegriff sei für verwandte, aber anatomisch wie klinisch, und wahrscheinlich auch ätiologisch zu trennende Krankheitszustände; eine von solchen Gruppen bilden nach seiner Meinung die alkoholisch bedingten Formen, denen nach ihrem Verlauf und ihrer Prognose eine Sonderstellung einzuräumen ist.

Von Dörr's Fällen ist der zweite ein schwerer Potator, der früher häufig delirante Zustände, epileptiforme Anfälle und tob-

süchtige Erregungen durchgemacht hat; R Pu. > L, Zunge nach R, Tremor, Sprachstörung. In der Anstalt abermals epileptiformer Anfall, danach kurze ängstliche Erregung. Nach etwa 7 Wochen weitgehend gebessert entlassen.

Fall III ist mit Arteriosklerose (zwei apoplektische Insulte) und wahrscheinlich auch Neuritis kompliziert. Schon seit vielen Jahren Charakterveränderungen, dann rascher geistiger Verfall. In der Anstalt Decubitus, Othaematom; nach 5 Monaten Besserung. Am Schluss der Beobachtung ($^3/_4$ J. nach der Aufnahme): heiter, zufrieden, dement.

VI. ist ein 53jähr. Potator, der schon seit einigen Jahren verändert, gedächtnisschwach ist. Verlor auf einer Fahrt plötzlich „jegliches Orientierungsvermögen“. Danach blöde, stumpf; Nachschleifen des R. Beines, Facialisschwäche L. Unruhe, Vergesslichkeit, Verkennungen. Erst nach 3 Jahren weitere Progression: körperlicher Verfall und Verblödung. Sprache kaum verständlich, Sehnenreflexe erhöht. Exitus etwa 4 J. nach Beginn. Bei Sektion Arteriosklerose, alte Pachymeningitis haem., chronische Leptomeningitis, Atrophie (L > R); im Rückenmark fleckweise (nicht strangförmige) Degenerationen in den Hinter- und Seitensträngen.

IV erkrankte unter dem typischen Bilde einer paralytischen Manie; keine sicheren körperlichen Lähmungserscheinungen. Nach 1 J. Besserung mit Verschwinden der Grössenideen wie der körperlichen Symptome, volle Krankheitseinsicht. $^1/_2$ J. später Rückfall; trophische Störungen, Demenz. Schluss der Beobachtung 1 J. nach der abermaligen Verschlimmerung.

Fall V, ein Säufer mit einer auf Lues sehr verdächtigen Anamnese, bot gleichfalls das Bild der paralytischen Manie dar, befand sich aber zur Zeit der Publikation in einem Zustande der Besserung. — Nach einer Mitteilung, die ich der Direktion der Bonner Anstalt verdanke, hat die Krankheit sich weiter im Sinne der Paralyse entwickelt; Anfälle, Sprach- und Schriftstörungen, blühende unsinnige Grössenideen, Schmieren, Decubitus usw.; Pat. ist 4 J. später gestorben; nach dem Sektionsbefund ist kaum etwas anderes als Paralyse anzunehmen.

Fall I, ein 29 jähr. Lehrer, scheint mir nach der Krankengeschichte ganz anderer Art zu sein; es handelt sich wohl um einen chronischen Verblödungsprozess, für den der, übrigens mäßige, Abusus alkoholicus kaum verantwortlich gemacht werden kann.

Erwähnt sei schliesslich noch, dass Tiling die Bezeichnung alkoholische Paralyse synonym für Korsakow'sche Psychose gebraucht; das gleiche tut Ransohoff.

Wir sehen aus dieser Zusammenstellung, dass es recht verschiedenartige Dinge sind, die von den Autoren als Alkohol-

paralyse resp. Pseudoparalyse bezeichnet werden. Diese Vielgestaltigkeit des Begriffes spiegelt sich in den Lehrbüchern wieder.

Der Magnan'schen Auffassung begegnen wir bei Schüle; nach ihm kann der chronische Alkoholismus einmal ein paralytiformes Bild annehmen, zweitens aber in eine eigenartige Form der Paralyse übergehen; diese Alkoholparalyse ist eine echte, wenngleich modifizierte Paralyse.

Nach v. Krafft-Ebing nimmt der Alkoholismus chronisch gleichfalls seinen Ausgang bisweilen in Dementia paralytica, die allerdings Besonderheiten in Symptomen und Verlauf darbietet, aber dieselben anatomischen Veränderungen zeigt wie die gewöhnliche Paralyse.

Kirchhoff und Scholz verhalten sich dieser Auffassung gegenüber ablehnend, ebenso Cramer.

Für Wernicke ist die Paralyse eine metasyphilitische Erkrankung; die oft ähnlich aussehenden Bilder bei Trinkern sind Pseudoparalysen, d. h. keine Paralysen, sondern Psychosen mit nur paralytischem Gepräge.

Kraepelin unterscheidet die „alkoholische Paralyse" von der „alkoholischen Pseudoparalyse"; erstere stellt sich „in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als eine einfache Verbindung der Zeichen des chronischen Alkoholismus mit denjenigen der progressiven Paralyse" dar; in der Regel geht der Alkoholismus der Entwicklung der Paralyse schon lange Zeit voraus, bisweilen aber auch liefert erst letztere den Anstoss zu dem unmäßigen Trinken, aus welchem die alkoholistischen Krankheitszeichen entspringen. Alkoholistische Pseudoparalyse nennt er schwere Fälle seines „halluzinatorischen Schwachsinns" (s. u.) mit mehr oder weniger ausgeprägten Zeichen der Korsakowschen Psychose; sie unterscheiden sich von der Paralyse durch ihre Entstehungsgeschichte und das Ausbleiben des fortschreitenden Verfalls.

Bonhoeffer teilt ebenfalls die Fälle, welche als Alkoholparalyse beschrieben sind, in zwei Gruppen. Zu der einen gehören echte, meist manische Formen der Paralyse, bei denen die Anamnese, namentlich für die dem Ausbruch der Erkrankung nächstliegende Zeit, starken Alkoholismus ergibt; die anderen sind Defektzustände nach einer Korsakowschen

Psychose oder zahlreichen Delirien, Zustände, welche im Augenblick häufig von der dementen Form der progressiven Paralyse nicht zu unterscheiden sind.

Besondere Erwähnung verdient schliesslich noch die häufig zitierte Klewesche Arbeit. Dieselbe ist vorwiegend vom praktischen, symptomatologischen Standpunkt aus geschrieben und verfolgt den Zweck, darzutun, dass auf dem Boden des Alkoholismus der Paralyse ähnliche, aber prognostisch sehr viel günstigere Fälle (sog. alkoholische Pseudoparalysen) vorkommen, welche die ominösen körperlichen Symptome (Ataxie, Tremor, Ohnmachten, Störungen der Sprache, der Reflexe und der Sensibilität) zusammen entweder mit geistiger Schwäche, blühenden Grössenideen und hypochondrischen Vorstellungen oder mit den Zügen der Korsakow'schen Psychose darbieten. Das Hauptinteresse, welches die sechs von Klewe mitgeteilten Fälle für uns haben, liegt auf einem andern Gebiete. Die guten und präzisen Krankengeschichten, welche namentlich auch die Anamnese und die Entwicklung des Leidens berücksichtigen, gestatten nämlich ein Urteil über die sonstigen Verschiedenheiten der Fälle untereinander; wenn wir von den angeführten auf Paralyse verdächtigen Symptomenkomplexen absehen, die gleichfalls schon in recht verschiedener Gruppierung und Ausbildung vorhanden sind, so gleicht kaum ein Fall dem andern. Gemeinsam ist ihnen nur der Alkoholmissbrauch in der Anamnese, sowie der Umstand, dass jeder einzelne Fall zunächst ein Bild darbot, das die Diagnose Paralyse rechtfertigen konnte*.)

Der erste ist ein mit Trunksucht belasteter 41 jähriger Trinker, der vor längeren Jahren bereits eine schwere Neuritis durchgemacht hatte; dann ein Jahr vor der Aufnahme abermals Schwäche in den Beinen und gleichzeitig Abnahme des Gedächtnisses; nach einem akuteren ängstlichen Erregungszustand in die Anstalt, wo auf psychischem Gebiete der Korsakow'sche Symptomenkomplex im Vordergrund gestanden zu haben scheint. Ein halbes Jahr später entwickelte sich ein Stadium mit gehobenem Selbstbewusstsein, Grössenideen, lebhaften Sinnestäuschungen, Eigenbe-

---

*) Herr Dr. Klewe sowie Herr Direktor Knecht-Ückermünde haben die Liebenswürdigkeit gehabt, mir über den weiteren Verlauf der Fälle nach Abschluss der Arbeit (1895) eingehende Notizen zur Verfügung zu stellen, von denen ich im folgenden Gebrauch mache.

ziehungen, Vergiftungs- und Eifersuchtswahn; dieser Zustand klang nach etwa 8 Monaten plötzlich ab, der Kranke fing an zu arbeiten, blieb aber noch mehr wie ein Jahr uneinsichtig. — 4 Jahre nach der Aufnahme in die Anstalt Wiedereinstellung in den Dienst bei guter Gesundheit und voller Krankheitseinsicht. Kein Rückfall, Tod 5 Jahre später an Tuberkulose (1901).

Der dritte Fall, ein 37 jähriger Bauer aus einer Trinkerfamilie erkrankte subakut mit depressiven und ängstlichen Ideen, dazwischen Lachen und zeitweise krankhafte Heiterkeit. Bei Aufnahme in die Anstalt völlig teilnahmlos, desorientiert, verwirrt; Pupillen- und Facialisdifferenz, Tremor; Gedächtnis ganz geschwunden, schamloses Masturbieren; später ruhig, gutmütig, harmlos; eine schnell vorübergehende anscheinend halluzinatorische Erregung. Nach 3 Jahren. weitgehend gebessert entlassen, arbeitet, jedoch hin und wieder reizbar. — Bald wieder starker Potus mit tobsüchtigen Erregungen. Wegen einer Gewalttätigkeit zweite Aufnahme (1899). Gleichgültig, ruhig, uneinsichtig, orientiert, ohne neuritische Erscheinungen; Gedächtnisschwäche, Auslassungen beim Schreiben; abermals öffentliches Onanieren; nach 3 Monaten kurzdauernder Erregungszustand mit phantastischen Angstvorstellungen: danach wieder schwachsinnig, heiter, interesselos. Nach 2 Jahren Besserung. Ende 1902 anscheinend genesen entlassen.

Der vierte ist ein erblich mit Geisteskrankheiten und Potatorium schwer belasteter 40 jähriger Fischer, der selber alkoholintolerant ist und nach Exzessen häufig Stimmen hört und Angst hat. In einem solchen Zustand schwere Körperverletzung der Frau. Aufnahme in die Anstalt 1890, ohne Reue, hält an den Wahnideen gegen seine Frau fest. Tremor, Ataxie, P. S. R. fehlen, Herabsetzung der Lageempfindung. In den nächsten Monaten (bei Abstinenz!) Verschlimmerung: Verwirrtheit, Angst, bedrohende Stimmen, Kopfweh, Schwindel. Nach einem halben Jahr allmähliche Besserung, bleibt aber stumpf und apathisch, gelegentlich Äusserung von Beziehungswahnvorstellungen. Anfang 1893 Krankheitseinsicht, die körperlichen Erscheinungen sind verschwunden, Pat. bleibt etwas scheu und gedrückt. Zu Hause fleissig, abstinent. — Anfang 1897 während der Rekonvaleszenz von einer körperlichen Erkrankung Rückfall in Potus, bald darauf Gehörstäuschungen, Vergiftungsideen gegen die Frau. Juni 1897 erschlägt er die Frau in einem Boote mit dem Beil, wirft den Leichnam ins Wasser und treibt sich wochenlang umher. In der Anstalt lacht und spricht er anfangs viel vor sich hin, bestreitet die Tat; verschlossen, finster; später anscheinend keine Halluzinationen mehr, hält aber an seinen Wahnideen fest, z. Z. noch unverändert.

Über die andern drei Fälle ist später nichts weiter bekannt geworden. — II. ist ein 49jähriger Mann, Trinker; Lues; seit $1^{1}/_{2}$ J. Schwäche und Atrophie aller Extremitäten, Erlöschen der Potenz. Dann fast 5 Jahre lang blühende unsinnige Grössenideen, Gesichts- und Gehörshalluzinationen, abweisendes Verhalten, aggressiv; hat eine eigene Zeitrechnung. Schliesslich $6^{1}/_{2}$ J. nach der Aufnahme geheilt entlassen.

V. 58 jährige Witwe, die erst mit 41 Jahren der Trunksucht und geschlechtlichen Exzessen verfällt, dann 7 mal wegen Diebstahls und schliesslich wegen Bettelns bestraft wird. Im Arbeitshaus bekommt sie nach 3 Wochen einen Erregungszustand, $^{1}/_{4}$ J. später einen zweiten. In der Anstalt ist sie verworren, desorientiert, hat ein sehr schwaches Gedächtnis, kann kaum stehen. Tremor, P. S. R.>, Sensibilität ohne Störungen; 4 Wochen später lebhafte Schmerzen in den Beinen, namentlich bei Berührung. Dann Besserung; 6 Monate nach der Aufnahme operative Entfernung eines Ovarialtumors. Im Krankenhaus danach klar, geordnet, Gedächtnis gebessert, aber reizbar und häufiger Stimmungswechsel; frei von neuritischen und phsychischen Krankheitssymptomen entlassen.

VI. endlich betrifft einen Förster, der wahrscheinlich epileptisch ist, sehr schwer belastet, Trinker, Totschlag in einem halluzinatorischen Erregungszustand. Stumpfheit, Urteilsschwäche, Tremor, Sprach- und Gangstörung. Nach einigen Jahren Besserung.

Wie stehen wir nun heute zu der Alkoholparalyse-Frage? Von der französischen Lehre (Magnan u. a.), welche in der Paralyse nur eine Steigerung des dem Alkoholismus zu Grunde liegenden Prozesses sieht, ist wenig übrig geblieben. Wir wissen jetzt, dass die progressive Paralyse eine Krankheit sui generis, nicht einen terminalen Symptomenkomplex verschiedenartiger Erkrankungen darstellt; ihr liegen bestimmte anatomische Veränderungen zu grunde, die ganz anderer Art sind, als diejenigen, welche sich bei schweren Säufern finden; daraus folgt, dass wir in allen Fällen echter Paralyse die event. in der Anamnese vorhandene Trunksucht lediglich als Komplikation aufzufassen haben, ohne allerdings damit die Frage zu entscheiden, wieweit gegebenen Falles der Alkoholismus als auslösendes oder begünstigendes Moment in Rechnung zu ziehen ist. Statistisch

wissen wir, dass ein sehr grosser Prozentsatz der Paralytiker luetisch infiziert gewesen ist; wahrscheinlich gibt es keine Paralyse ohne Lues, — aber mit dieser Tatsache haben wir bisher weder in nosologischer noch in pathologisch-anatomischer Hinsicht etwas anfangen können. Über die Art der notwendigen ätiologischen Zwischenglieder zwischen luetischer Infektion und Erkrankung an Paralyse bestehen nur Vermutungen.

Die Bezeichnung alkoholische Pseudoparalyse andererseits ist, wie schon das Wort sagt, von vornherein nur eine provisorische gewesen, sie drückt nichts weiter aus als die Schwierigkeit, in gewissen Fällen und in gewissen Stadien des Alkoholismus mit Sicherheit eine Paralyse ausschliessen zu können. Sie wird und muss schwinden mit der Vertiefung unserer Kenntnisse — von der Paralyse sowohl, wie vom Alkoholismus. Einen wesentlichen Schritt vorwärts auf dieser Bahn bedeutete die Abgrenzung der polyneuritischen Psychose durch Korsakow. In allerneuester Zeit haben unsere Kenntnisse von den histopathologischen Veränderungen bei der Paralyse bedeutende Fortschritte gemacht (Nissl, Alzheimer), sodass wohl heute eine Verwechslung paralytischer Rinden mit solchen von einfachen Trinkern nicht mehr in Frage kommt, was, solange man sich ausschliesslich auf diffuse Atrophien des Gehirns und gleichzeitige Strangerkrankungen im Rückenmark stützen konnte, durchaus nicht ausgeschlossen war.

Was wir aus dem Gesagten für unsere Frage nach den chronischen Alkoholpsychosen lernen, ist einmal die Tatsache, dass selbst bei der Paralyse erhebliche Schwierigkeiten über ihre ätiologischen und symptomatologischen Beziehungen zum chronischen Alkoholismus bestehen. Zweitens sehen wir, dass von den verschiedensten Seiten psychische Erkrankungen bei Trinkern beschrieben werden, die sich z. T. über viele Jahre erstrecken, und welche nach der mehr oder weniger weitgehenden symptomatischen Übereinstimmung mit der progressiven Paralyse von den Autoren als alkoholische Pseudoparalysen bezeichnet werden. Für diese Fälle wird als Ätiologie der chronische Alkoholmissbrauch angenommen auf Grund der Tatsache, dass es sich um Trinker handelt, und dass bei ihnen Störungen vorhanden sind, die auf Alkoholismus zurückzuführen sind.

Fast nirgend finden wir den Versuch, anderweitige ätiologische Faktoren auszuschliessen. Zweifellos ist, dass die in der Literatur mitgeteilten Fälle unter einander sehr weitgehende Verschiedenheiten darbieten, und dass vor allem von den in Betracht kommenden Autoren kaum jemals die Frage der Komplikation des chronischen Alkoholismus mit andersartigen Psychosen (Verblödungsprozesse der Dementia praecox Gruppe, Arteriosklerose, Epilepsie u. a.) in Erwägung gezogen wird. Zum Teil ist das allerdings durch den Umstand bedingt, dass die Autoren sich mit dem negativen Resultat, der Differenzialdiagnose gegen echte Paralyse, begnügen

Für die Reflexstörungen und Lähmungserscheinungen dieser Fälle kennen wir heute als anatomische Grundlage neuritische Erkrankungen; wahrscheinlich sind aber davon nicht scharf getrennt worden zentrale Affektionen auf arteriosklerotischer Basis.

Für einen Teil der Fälle haben wir das Verständnis gewonnen durch das Bekanntwerden des Korsakow'schen Symptomenkomplexes; andere sind echte Paralysen bei Trinkern; wieder andere sind kompliziert mit starker Arteriosklerose oder mit Epilepsie; für einen nicht geringen Teil schliesslich liegt es nahe, an nicht alkoholisch bedingte Psychosen zu denken, die mit Trunksucht kompliziert sind. Das in der Literatur vorliegende Material ist ein kasuistisches, es ist nach symptomatologischen, aber nicht nach ätiologischen Gesichtspunkten durchgearbeitet, und schon deshalb für unsere Zwecke nur mit grosser Vorsicht zu verwerten.

III.

Das Gros der übrigen Fälle von chronischen Alkoholpsychosen ist von den Autoren vorwiegend vom Gesichtspunkte der Wahnbildung aus betrachtet worden. Die Grenze gegen die paralytiformen Erkrankungen ist keine scharfe; wir sehen, dass einander ähnliche Fälle bald als Alkoholparalyse, bald als chronische Alkoholparanoia angeführt werden, je nachdem diese oder jene Symptome mehr im Vordergrund standen, oder je nachdem dem Autor diese oder jene Symptome beachtenswerter erschienen.

Bei der Alkoholparalyse-Frage lagen die Verhältnisse noch relativ einfach; die echte Paralyse ist ein Krankheitsbegriff, der zu den klinisch am besten gekannten und am wenigsten strittigen gehört, für dessen Abgrenzung uns die pathologische Anatomie wertvolle Handhaben bietet. Das Gebiet der paranoischen Erkrankungen dagegen gehört zu den am wenigsten geklärten; die widersprechendsten Meinungen stehen sich hier einander schroff gegenüber. Von einheitlichen, allgemein anerkannten Gesichtspunkten ist nirgend die Rede. Dass bei dieser Sachlage dem Studium ätiologischer Faktoren ganz besondere Schwierigkeiten entgegenstehen, leuchtet ohne weiteres ein.

Es ist nicht möglich, auf alles einzugehen, was über die Beziehungen zwischen Alkoholismus und chronischer Wahnbildung geschrieben worden ist; es sollen hier nur diejenigen Publikationen herangezogen werden, die ausführliche Krankengeschichten bringen, und damit — wenigstens bis zu einem gewissen Grade — eine Nachprüfung dessen ermöglichen, was der Autor zu beweisen versucht hat. In erster Linie wird dabei die deutsche Literatur berücksichtigt werden.

Nasse beschreibt 1878 unter dem Namen „Verfolgungs-

wahnsinn der geistesgestörten Trinker“ eine seiner Ansicht nach häufige, durch Alkohol bedingte Symptomen-Gruppe; er definiert als Wahnsinn eine Erscheinungsform des Irreseins mit Wahnideen, Sinnestäuschungen und lebhaften Affekten, in deren Verlauf die anfängliche Depression immer mehr einer schliesslich sehr hohen Steigerung des Selbstgefühls Platz macht; diese Form lässt eine Besserung, gelegentlich selbst eine Genesung zu, geht aber gewöhnlich in psychische Schwäche aus. Ein Delirium tremens hat er seinen Fällen nur einmal voraufgehen sehen. Unter 160 in drei Jahren aufgenommenen Trinkern (ausschliesslich der Deliranten) gehörten 28 zu diesem Verfolgungswahnsinn.

N. teilt 5 Krankengeschichten in etwas summarisch gehaltenen Auszügen mit. In allen Fällen handelt es sich um Trinker mit z. T. recht schwerer erblicher Belastung; die ersten drei waren schon lange vorher, resp. stets eigenartige Menschen gewesen; einer von ihnen ist möglicherweise schon bevor er Trinker geworden war, vorübergehend geistesgestört gewesen. Der Beginn ist in vier Fällen akut mit einer ängstlich gefärbten halluzinatorischen Erregung; die Entscheidung, ob es sich dabei um Alkoholhalluzinosen gehandelt hat, lassen die kurzen Krankengeschichten nicht zu. Die Halluzinationen dauern fort. Allen gemeinsam ist das mehr oder weniger rasche Auftreten inkohaerenter, unsinniger Grössenideen; daneben vielfach Geruchs- und Geschmackstäuschungen, sowie phantastische Sensationen. Keiner der Fälle trägt ausgesprochen paranoischen Charakter. Die Differentialdiagnose gegen Paralyse wird erwogen. Die Beobachtungsdauer erstreckt sich höchstens auf 1 Jahr; 3 Kranke wurden ungeheilt, 2 gebessert entlassen.

von Speyr identifiziert seine „chronische alkoholische Verrücktheit“ mit Nasse's Verfolgungswahn der Trinker, aber die Fälle die er schildert, sind offenbar anderer Art wie die von Nasse. Speyr hebt die innere Verwandtschaft der Symptome mit denen der ihm gut bekannten akuten Alkoholparanoia (Halluzinose) hervor. Sinnestäuschungen, namentlich auf akustischem Gebiet, Beschimpfungen, Bedrohungen, Angst, Misstrauen, unbestimmte hypochondrische Sensationen, jedoch

(im Gegensatz zu Nasse) keine Geruchs- und Geschmackstäuschungen; vor allem aber fehlt der Grössenwahn; nur in einem der 6 Fälle entwickelte sich ein solcher, hielt sich aber in relativ bescheidenen Grenzen, nahm wenigstens nicht die phantastische Form an, die die Nasse'schen Fälle charakterisiert. Weiterer Verlauf: keine Progression, Besserung möglich, Heilung nie beobachtet. — v. Speyr hält es für möglich, dass die chronische alkoholische Verrücktheit sich aus der akuten Form entwickeln könne; als Beispiel dafür erwähnt er mit wenigen Worten einen Mann, der mehrere kurze Anfälle von „Säuferwahnsinn" durchgemacht hatte, bei dem letzten Anfall aber gewisse Wahnvorstellungen betreffs Verleumdung und Vergiftung durch den früheren Meister nicht mehr korrigierte; trotzdem konnte der Kranke als weitgehend gebessert entlassen werden. Auf der anderen Seite betont Sp., dass selbst nach sehr häufigen Rezidiven sich nicht eine chronische Verrücktheit zu entwickeln braucht, und dass der Mehrzahl der chronischen Fälle keine akuten Formen voraufgehen. Umwandlung eines Delirium tremens in die chronische alkoholische Verrücktheit hat er nie beobachtet.

v. Speyr hat in 3 Jahren in Basel nur 6 solcher Fälle gesehen. Er betont das im Gegensatz zu der Häufigkeit des Vorkommens von akuter alkoholischer Verrücktheit, „während anderswo die chronische Verrücktheit viel häufiger ist als die akute".

Die Frage der alkoholischen Ätiologie der Fälle wird von v. Speyr in seiner Arbeit nicht weiter diskutiert; es genügt ihm, dass die Kranken notorische Trinker gewesen sind; als adiuvans zieht er beiläufig die symptomatische Verwandtschaft mit der akuten Alkoholparanoia heran.

Die beiden von ihm ausführlicher mitgeteilten Fälle sind folgende:*)

VIII. 38 jähriger, erblich schwer belasteter Mann; von Jugend

*) Beide sind noch am Leben. Durch das liebenswürdige Entgegenkommen der Herren Professor v. Speyr und Wille, sowie des Herrn Direktor Ransohoff-Stephansfeld ist es mir möglich gewesen, über den weiteren Verlauf (nach 1878) Auskunft zu erhalten. Ich mache von den mir gewordenen Mitteilungen hier mit Dank Gebrauch.

auf unstät und Trinker. Jetzt intolerant. Allmählicher Beginn mit Halluzinationen und Erregungen. Vor 1 Jahr „ein sog. Delirium tremens". In der Anstalt Gehörstäuschungen, verworren, ängstlich, misstrauisch. Nach 4 Wochen ruhiger, keine Einsicht, als unheilbar entlassen.

Der Kranke hat zu Hause sein Geschäft wieder betrieben, hörte aber allerlei Stimmen, um die er sich angeblich nicht weiter kümmerte. 6 Jahre später zweite Aufnahme (1884). Er hatte zwei Wochen vorher an einem Tage mehrere kurze Anfälle bekommen, in denen er nicht reden konnte, weil er die Worte nicht fand; dabei kein Bewusstseinsverlust. Seitdem macht er grosse Pläne, renomiert, ist heiter, spassig und gibt viel Geld aus. In der Anstalt ungeniert, nimmt alles in die Hand, selbstgefällig, macht dumme Witze. Keine Reflexstörungen. Rasche Beruhigung, aber wenig Einsicht. Angeblich keine Halluzinationen. Nach 14 Tagen entlassen.

Etwa zwei Jahre später wegen halluzinatorischer Erregungen in eine andere Anstalt. Blieb dort nahezu 7 Jahre (1887—1894). Anfangs noch fleissig und arbeitsam, aber immer in kurzen Abständen vorübergehend unzufrieden, anspruchsvoll und gereizt. Nach etwa einem halben Jahre stellte sich ein starker Erregungszustand ein mit lebhaften Sinnestäuschungen und Verwirrtheit. Danach die ganze übrige Zeit ein eigenartiger Wechsel zwischen Erregungs- und Depressionszuständen; anfangs überwogen erstere, später letztere. In den Erregungen Gehörstäuschungen, Ideenflucht, Grössen- und namentlich Verfolgungsideen, motorische Unruhe, Gestikulieren, Grimassieren, planloses Umherlaufen. In den ruhigen Zeiten deprimiert, schüchtern, schweigsam. Urlaubsweise entlassen.

Danach wiederum 6 Jahre zu Hause; ging seinem Handwerk nach, hatte aber immer wiederkehrende kurze Perioden, in denen er „Sprüche" machte und sehr lebhaft war. Trank, wird aber nicht als Säufer bezeichnet. Anfang 1900 abermalige Aufnahme. Heiterer Stimmung, spricht unverständlich und unzusammenhängend, habe Stimmen gehört. Dann in den folgenden zwei Jahren in Abständen von ein bis mehreren Monaten maniakalische Erregungen von ca. 8 Tagen Dauer, die einander photographisch gleich sehen, nur verschieden sind an Intensität: plötzlicher Beginn (derselbe wird häufig von dem Pat. noch als krankhaft empfunden), Euphorie, heitere Stimmung, inkohaerentes Schwatzen, Klangassoziationen. In den Zwischenzeiten ruhig, geordnet, fleissig bei der Hausarbeit, manchmal etwas einsilbig. Von Halluzinationen und Wahnideen erwähnt die Krankengeschichte nichts mehr. Ende 1901, gleichzeitig mit dem Auftreten zahlreicher Drüsenabszesse

am Halse Wegbleiben der Erregungen. Dauernd ruhig, geordnet, bescheiden. Diagnose Alkoholismus + periodische Psychose.*) —

Der andere Kranke (IX.) ist ein 1833 geborener Kaufmann; Vater Potator; stets zart und nervös, mit 8 Jahren nach mäßigem Weingenuss eine Vision. Später starker Trinker. Nach dreijähriger Ehe geschieden und aus seiner Stelle entlassen. 1865 erste Aufnahme als Delirium potatorum, „allem Anschein nach mit Verfolgungswahn." Dann von 1867—1875 in der Anstalt wegen chronischen Verfolgungswahnes. Probeweise Entlassung. 1877 abermals Aufnahme. Pat. ist z. Z. noch in der Anstalt. Hat Stimmen gehört, aber nicht besonders bedrohlichen Inhaltes. Ruhig, geordnet; wird aber bald reizbar und egoistisch. Eigenartiges Zittern des ganzen Körpers, stotternde Sprache. Rühmt sich seiner glänzenden Leistungen, braucht aber sehr viel Zeit für die einfachsten Arbeiten. Beeinträchtigungsideen. Stark gehobenes Selbstgefühl. Entlassungsversuch missglückt. Verschlimmerung ohne Alkoholmissbrauch. Halluzinationen und zwar sehr häufig angenehmen Inhaltes. Erinnerungsfälschungen. Längere Zeit ablehnend, trotzig, ausweichend. Ängstlich um seine Person besorgt, dabei anspruchsvoll. Später zugänglicher, macht sich nützlich, ist aber auch sehr stolz darauf. Zwischendurch wird er nächtlich von Freimaurern geplagt. Dann brach im Jahre 1886 im Anschluss an einen Trinkexcess gelegentlich eines Ausganges ein Erregungszustand aus der mit verschiedenen Schwankungen mehr wie 4 Jahre andauerte. Pat. war hochgradig ängstlich, halluzinierte massenhaft, auch sehr viel mit dem Gesicht, zerschlug, wurde aggressiv, äusserte viele Wahnideen, darunter Grössenvorstellungen, z. B. er sei der neue Heiland; jedoch stand stets im Vordergrund die Angst. 1890 allmähliche Beruhigung; beschäftigt sich, aber es wird seine geistige Schwäche hervorgehoben. 1896 abermals beginnende Erregung, diesmal ohne bekannte Veranlassung: Angst, Vergiftungsfurcht, Herausdrängen, Nahrungsverweigerung, Misstrauen, fleht um Hülfe, massenhafte Gehörstäuschungen beschimpfenden und bedrohenden Inhaltes; „alles trägt den Stempel des Schwachsinnigen." Lebhafter Beziehungswahn. Schwächliche Selbstmordversuche. Unter starken Schwaukungeu nach ca. 1½ Jahren Beruhigung. Seitdem ganz stationär. Moralische Defekte: hetzt, verleumdet, lügt, eifersüchtig, neidisch, rachsüchtig. Halluziniert zeitweise, spricht gern von Geistern. Beschäftigt sich mit Lesen. Sehr ängstlich für sein Wohlergehen. Ist jetzt 71 Jahre alt und z. Z. noch in der Anstalt.

Einer etwas ausführlicheren Besprechung bedarf die Arbeit von Luther. Es sind allerdings nicht ausschliesslich chro-

*) Anm bei der Korrektur: Pat. befindet sich z. Z. (Februar 1905) noch in der Anstalt, ist unverändert, Erregungen treten nur selten auf.

nische Fälle, die den Gegenstand seiner Schilderung bilden, aber für das Verständnis mancher seiner Ausführungen ist die Kenntnis seiner Auffassung auch von den akuten Zuständen notwendig.

Luther trennt einmal nicht die typische akute Alkoholhalluzinose von chronischen paranoischen Prozessen, die er bei Trinkern beobachtet hat. Er ist der Ansicht, dass die akute alkoholische Paranoia v. Speyr's, der halluzinatorische Wahnsinn der Trinker von Kraepelin identisch sei beispielsweise mit den Fällen von Nasse (s. o.), nur „dass der eine mehr ganz akut, der andere mehr subakut und chronisch verlaufende Fälle besonders im Auge hat". Demgemäß behandelt er denn auch beide zusammen unter dem Namen alkoholischer halluzinatorischer Wahnsinn. Von 18 ihm zu Gebote stehenden Beobachtungen sind 6 völlig (z. T. auch erst nach Monaten), 4 mit Defekt geheilt, bei den andern 8 erfolgte Übergang in einen chronischen Zustand. Symptomatisch stehen im Vordergrund bedrohliche Gehörstäuschungen, recht häufig finden sich aber auch Sensationen und mehrmals ausgesprochene Geruchshalluzinationen. Von den chronischen Fällen ist einer dement geworden, während andere 1—3 Jahre weiter halluzinierten.

Als Abart dieses „Wahnsinns" kennt Luther eine „alkoholische halluzinatorische Verwirrtheit", die sich von ersterem durch eine erhebliche Verwirrtheit, Bewusstseinstrübung und das Auftreten von Stuporzuständen unterscheidet, sonst aber weitgehende Ähnlichkeit mit ihm hat. Fast stets findet sich ein Vorbereitungsstadium (bis zu 2 Monaten), der Beginn ist selten akut; ebenso schliesst sich in der Regel ein Nachstadium mit vereinzelten Sinnestäuschungen und Wahnideen an, das bis zu Monaten dauern kann. Besondere Kennzeichen dieser „alkoholischen" Erkrankung gegenüber ähnlichen nicht alkoholisch bedingten werden nicht hervorgehoben. In 7 Fällen trat Heilung ein, in 4 Fällen nicht.

Eine dritte Gruppe fasst Luther als Ausgangsformen des Delirium tremens zusammen; wie er selber hervorhebt, haben dieselben „hauptsächlich nur die Entstehungsursache gemeinsam, im weiteren Verlaufe weichen sie teilweise nicht unerheblich von einander ab". Von der Richtigkeit dieser Bemerkung kann

man sich leicht überzeugen, wenn man die mitgeteilten 8 Krankengeschichten liest. Dazu kommt, dass die Delirien nur zu einem kleinen Teil fachärztlich beobachtet wurden, und dass mindestens das eine in der Anstalt beobachtete initiale Delirium sehr wenig typisch aussieht. Die zeitlich dem Delirium folgenden psychotischen Zustände werden ohne weitere Diskussion in kausalen Zusammenhang mit diesem gebracht, die Möglichkeit einer mehr oder weniger zufälligen Komplikation wird nirgend erwogen.

Der erwähnte Fall I mit dem sonderbaren Delirium tremens ist folgender: 34 jähr. Restaurateur, der vor 6 Wochen ein Delir überstanden hat, wieder trinkt und eine heftige Erregung bekommt. Bei der Aufnahme ruhig und orientiert. Bei völliger Abstinenz am 17. Tage Unruhe, Steigerung zur Verwirrtheit, glaubt sich von Holz und Eisen elektrisch angezogen. Dann am 27. Tage (!) Ausbruch der deliranten Erregung, die nach drei Tagen ihren Höhepunkt erreicht und von da an lytisch abfällt. 14 Tage später ist Pat. „leidlich" klar und orientiert; daran schliesst sich ein dreimonatiges Stadium von starker Verwirrtheit und interkurrenten Erregungszuständen; in etwas freieren Zeiten sehr albern, nicht zu fixieren. Danach bei ruhigem geordnetem Verhalten noch ein halbes Jahr lang mangelnde Einsicht und einzelne Beeinträchtigungsideen. 3/4 Jahr nach Beginn mit völliger Einsicht geheilt entlassen.

III macht in einem Hospital ein Delir durch; muss 3 Tage darnach wegen Verfolgungsideen, Selbstmordversuchs und Tobsuchtsanfällen aufgenommen werden. 4 Monate lang stehen akustische Halluzinationen im Vordergrund. Dann ein Stuporzustand von 3 Monaten Dauer. Derselbe endet damit, dass der Kranke plötzlich ein Hoch ausbringt. Viele Sinnestäuschungen, hört seinen Magen sprechen. Ein Krampfanfall. Weiter ein Zustand chronischer Verwirrtheit, der bei Abschluss der Arbeit (1—2 Jahre später) noch andauert, nur einmal durch einen längeren Stupor durchbrochen wurde.

V hat gleichfalls draussen ein Delirium durchgemacht; daran schliesst sich sofort ein Zustand an, der wie eine Halluzinose aussieht, aber erst nach ca. 1 1/2 Jahren allmählich abklingt. Heilung. Trinkt weiter. Wird später noch zweimal wegen kurzdauernder halluzinatorischer Störungen aufgenommen.

Fall VI macht nach der Krankengeschichte den Eindruck eines Hebephrenen, der im Beginn ein Delirium durchgemacht hat (9 Jahre beobachtet).

VII hat im Spital ein Delirium durchgemacht, ist aber seitdem nicht wieder ganz klar geworden. Gesichts- und Gehörstäuschungen, später Grössenideen. In der Anstalt gleichgültig, teilnahmlos; Gottmänner sitzen in seiner Brust, welche zu ihm sprechen und wissen was er denkt. Arbeitet später, halluziniert aber weiter, äussert systematisirte Grössenideen. Nach 6 Jahren ohne jede Einsicht gebessert entlassen.

Bei VIII schliessen sich an ein Delir Erregungszustände und blühende Grössenideen an. Von vornherein erhebliche geistige Schwäche. Die Grössenideen haben ganz paralyitsches Gepräge. Pat. halluziniert nach 15 Jahren noch immer, seine geistige Schwäche hat noch zugenommen, er arbeitet aber.

Fall II und IV sind nur ganz kurz angeführt.

Schliesslich beschreibt Luther noch als chronischen alkoholischen Grössenwahn (15 Beobachtungen) Fälle, die ganz langsam beginnen, in der Anamnese nie akute alkoholische Störungen haben, und deren Krankheitsbild völlig beherrscht wird von wechselnden, blühenden, stark an Paralyse erinnernden Grössenideen, welche fast nie einen systematischen Zusammenhang untereinander oder mit Verfolgungsideen aufweisen. Die Kranken leiden stets an einem „primären geistigen Schwächezustand", der jedoch keine weitern Fortschritte macht. Abnorme Sensationen und Geruchstäuschungen sind häufig, Halluzinationen des Gehörs und Gesichts fast konstant. In der Mehrzahl der Fälle treten zeitweis Erregungszustände auf, sonst sind die Patienten meist geordnet, halten auf ihr Äusseres und werden fleissige Arbeiter. Heilung tritt nicht ein, aber auch keine Progression zu hochgradigem Blödsinn.

Wir hatten bei allen bisher angeführten Autoren eine präzisere Stellungnahme zu dem Begriff Ätiologie, sowie zu der Frage nach der Spezifität der als alkoholisch beschriebenen Krankheitsbilder vermisst. Auf beide Fragen geht die Arbeit von E. Meyer ausführlich ein. Den Schwierigkeiten der Beantwortung der ersten Frage begegnet Meyer allerdings dadurch, dass er von vorneherein immer nur von Psychosen spricht, bei denen der chronische Alkoholmissbrauch „mit mehr weniger Bestimmtheit" als ätiologisches Moment in Frage kommt, oder bei denen der chronische Alkoholismus die Hauptursache bildet. In seinen Ausführungen spielen daneben Faktoren wie Disposition, Anlage und ähnl. eine grosse Rolle.

Trotzdem spricht er im allgemeinen ohne weiteres von alkoholischen Geistesstörungen. Meyer beschränkt ferner sein Gebiet auf die ihm zu Gebote stehenden Fälle von „Paranoia resp. paranoischer Färbung (Dementia paranoides Kraepelins)". Er hebt hervor, dass die chronischen Formen nichts typisches haben, dass sie vielmehr in der Mehrzahl durchaus Krankheitsbildern gleichen, die auch sonst, ohne bekannte äussere Ursache nicht selten vorkommen; dahin gehören in erster Linie die paranoiden, dann auch die katatonischen Formen der Dementia praecox von Kraepelin. In diesen Fällen denkt sich Meyer, in Anlehnung an Wernicke'sche Ideen, das Gepräge der Krankheitsbilder bedingt durch eine Besonderheit der Lokalisation des Prozesses, welche ihrerseits wieder durch eine Prädisposition des betreffenden Gebietes, oder mit anderen Worten, durch eine Disposition des Individuums zu bestimmten Krankheitserscheinungen (beispielsweise Katatonie) zu erklären ist.

Meyer zweifelt nicht daran, dass der chronische Alkoholmissbrauch auch anderen Formen geistiger Störung als den bisher bekannten typisch alkoholischen das Leben zu schenken vermag, und er betont das ausdrücklich gegenüber der z. Z. bestehenden „Neigung, alle die Arten psychischer Störung, die nicht in das gewohnte Bild der typisch alkoholischen Geistesstörungen hineinpassen, bei Seite zu schieben". Wenige Zeilen weiter findet sich dann der nicht näher begründete, aber auch in der Schlusszusammenfassung wiederholte Satz, dass der Alkoholismus jede Form der Geisteskrankheiten hervorrufen könne.

Meyer teilt seine Fälle ein in solche, die aus einem Delirium tremens (eine Beobachtung) oder aus einer akuten Alkoholparanoia hervorgehen, und zweitens in solche, „die teils akut, aber nicht in typisch alkoholischer Form, teils mehr allmählich zur Entwicklung kommen". Den Beweis für die alkoholische Natur dieser chronischen Bilder sieht er einmal in dem direkten Hervorgehen aus den für Alkoholismus typischen Erkrankungsformen (Delirium, akute Alkoholparanoia), zweitens in dem Voraufgehen vielfacher nervöser und psychischer alkoholischer Störungen. Eine scharfe Abgrenzung gegen Fälle,

in welchen der Alkoholmissbrauch nur eine Hilfsursache für die Entstehung der Psychose, oder gar nur eine Komplikation bildet, wird nicht versucht; auf die Schwierigkeit in der Entscheidung wird hingewiesen.

Unter 182 Beobachtungen, in welchen der chronische Alkoholmissbrauch die Hauptursache der Erkrankung darstellte, fand Meyer 7 Fälle, unter 25, in welchen er eine wichtige Nebenursache bildete, 6 Fälle von chronischer Alkoholparanoia.

Sehen wir uns die Beobachtungen Meyer's genauer an, so verdient zunächst hervorgehoben zu werden, dass bei dem Falle (I), den er als Endzustand eines Delirium tremens bezeichnet, die ätiologischen Verhältnisse zwischen dem Delir und der chronischen Psychose keineswegs über jeden Zweifel erhaben sind; Meyer selber drückt sich in dieser Hinsicht vorsichtig aus.

Es handelt sich um einen 33 jährigen Mann aus einer verkommenen Familie, der selber unstät ist, beim Militär schwer zu behandeln war, vielfach bestraft worden ist und schliesslich seine Frau erschlägt. Er soll seit Jahren schwerer Trinker sein, und ist angeblich schon wiederholt anderweitig wegen Delirium tremens behandelt worden, das letzte mal 4 Wochen vor der Straftat. Über dieses Delir haben Meyer nur kurze ärztliche Notizen zu Gebote gestanden; aus denselben ist der Einwurf, es habe sich etwa um eine akute Alkoholparanoia gehandelt, nicht zu entkräften. Über das Verhalten des Kranken vor dem Delir fehlen genauere Angaben; in den 8 Tagen vor der Tat wurde er wegen nervöser Beschwerden und niedergedrückter Stimmung ärztlich behandelt.

Das ist das Material, aus welchem Meyer den Schluss zieht, dass sehr wahrscheinlich die folgende chronische Geisteskrankheit aus einem Delirium tremens sich entwickelt habe. Er zieht wohl deshalb auch selber sofort einen weiteren ätiologischen Faktor heran: die paranoische Disposition. Das beobachtete Krankheitsbild hat, wie Meyer hervorhebt, durchaus nichts typisches, es entspricht Fällen, die Kraepelin als Dementia praecox bezeichnet, und enthält reichliche Züge katatonischer Symptome.

Von den zwei Fällen akuter Alkoholparanoia, die zu chronischen Zuständen derselben Art wurden (IX. und X.) ist der eine durch das Hinzutreten von hypochondrischen Sensationen, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen, sowie das Auftreten eines 8 Monate dauernden Stuporzustandes, welcher als psychisch bedingt aufgefasst wird, ausgezeichnet, der andere durch die rasche Entwicklung von Apathie und ablehnendem Verhalten. Für die Erklärung der Störungen auf anderen Sinnesgebieten als den akustischen und optischen greift Meyer abermals auf die Annahme einer individuellen Disposition dieser betreffenden Gebiete im Gehirn zurück.

Zwei weitere Fälle (XIV und XV) bezeichnet Meyer als chronische alkoholische Psychosen paranoischer Färbung; er hebt hervor, dass sie keine spezifisch alkoholischen Züge tragen. Er spricht hier von dem voraufgegangenen schweren Alkoholismus nur als der Hauptursache für die Entstehung der Krankheiten. Bei zwei anderen (XI und XII) hat der Alkohol nach Meyers Meinung sogar nur mitgewirkt, und ein letzter Fall (XVI) wird ausdrücklich nicht als alkoholische Geistesstörung angesprochen.

Wir sehen daraus, von den Meyer'schen Fällen chronischer Alkoholparanoia bleibt nicht viel übrig, sobald wir den Begriff Atiologie scharf präzisieren, d. h. sobald wir nur dann von alkoholischen Erkrankungen sprechen wollen, wenn wir berechtigt zu sein glauben, dass der Alkoholmissbrauch allein die Psychose verursacht hat. Von diesem extremen Standpunkte geht Meyer zweifellos nicht aus. Für ihn ist die Bezeichnung Alkoholpsychose bewussterweise eine denominatio a potiori. Es genügt ihm die Überzeugung, dass der Alkoholmissbrauch eine Hauptursache für die Erkrankung darstellt. Von da zur Nebenursache und zur mehr oder weniger zufälligen Komplikation finden sich alle Übergänge, und anderen ätiologischen Faktoren, wie namentlich der individuellen Dispositon zu psychischen Erkrankungen überhaupt, wie auch zu bestimmten Krankheitsbildern, wird weiter Spielraum gegeben, ohne dass denselben bei der Namengebung Rechnung getragen wird.

Raecke stellt sich in seinem Vortrage auf den Boden der Ausführungen Meyers und hebt besonders hervor, dass es

wohl charakterisierte Krankheitsprozesse gebe, bei denen der Alkohol die alleinige oder wenigstens die hauptsächlichste Ursache bilde, und die sich dadurch auszeichnen, dass sie nicht residuäre Zustände darstellen, sondern progrediente Erkrankungen. Als Beleg dafür erwähnt er ganz kurz einen Mann, der bereits mehrmals ein Delirium tremens durchgemacht hatte, dann wegen einer akuten Alkoholparanoia in die Anstalt aufgenommen wurde, welche nach 4 Wochen ablief; nach wenigen Wochen ein schweres Rezidiv, das nun in einen chronischen Zustand überging mit progressiver Wahnbildung, Sinnestäuschungen auf allen Gebieten und zahlreichen Grössenideen.

Wernicke erwähnt kurz, dass das Krankheitsbild der chronischen Halluzinose bei Alkoholisten häufig anzutreffen sei; er hat ausserdem nicht selten einen Zustand chronischer Halluzinose als Fortsetzung der akuten Halluzinose gesehen, namentlich dann, wenn bereits mehrere Anfälle derselben Krankheit voraufgegangen waren.

Ähnlichen Gedanken begegnen wir bei Kraepelin; nur hebt er bei den Fällen, die er im Auge hat, die charakteristisch gefärbte geistige Schwäche als kennzeichnend hervor; er spricht deshalb — vorläufig, wie er selber betont — von einem halluzinatorischen Schwachsinn der Trinker, und fasst denselben auf als das Ausgangsbild eines akuten Trinkerwahnsinns oder eines Delirium tremens; manchmal sind die deliranten Zustände nur angedeutet. Das Krankheitsbild charakterisiert sich nach Abklingen der akuten Erscheinungen durch das Fortbestehen von Gehörstäuschungen und Wahnvorstellungen; dazu gesellen sich aber meist Sensationen und Halluzinationen des Geruchs und Geschmacks; Grössenideen können sich einstellen. Der Zustand bleibt Jahre lang derselbe, jedenfalls tritt keine Progression ein, in einzelnen Fällen blassen die Erscheinungen allmählich ab. Stets ist ein erheblicher Grad geistiger Schwäche und Stumpfheit vorhanden, aber die Kranken unterscheiden sich von gewissen Endzuständen der Dementia praecox dadurch, dass sie eine grössere geistige und gemütliche Regsamkeit behalten, Neigung zeigen sich zu beschäftigen, und in ihrem Benehmen natürlich bleiben. Charakteristisch sind schliesslich noch eigentümliche ausgesprochene

Schwankungen zwischen leidlicher Krankheitseinsicht und Zeiten von Gereiztheit, die meist mit lebhafteren Halluzinationen einhergehen.

Vedrani und Muggia haben eine Beobachtung mitgeteilt, von der sie angeben, dass sie in vielen Zügen den geschilderten Kraepelin'schen Fällen gleiche. Obwohl sie behaupten, dass es dem Krankheitsbilde Gewalt antun hiesse, es der Dementia praecox einzureihen, kann ich mich doch des Eindrucks nicht erwehren, dass Kraepelin den Fall eher seinen Verblödungsprozessen, als dem halluzinatorischen Schwachsinn der Trinker zuzählen würde. Erwähnt wird am Schluss, dass bei chronischen Alkoholisten eine grosse Menge differenter Geistesstörungen im Anschluss an vollständige oder abortive Delirien vorkommen, verschieden in Verlauf, Dauer und Ausgang. —

Wir sehen, dass die angeführten Autoren ganz allgemein an dem Vorkommen chronischer alkoholischer Psychosen mit paranoischem Gepräge nicht zweifeln; nur hier und da werden Bedenken geäussert, oder Versuche gemacht, eine Grenze zu ziehen gegen Fälle, bei denen der Alkoholmissbrauch nicht als alleiniger oder nicht als wesentlicher ätiologischer Faktor in Betracht kommt. In den gebräuchlichen Lehrbüchern der Psychiatrie finden wir, verschieden modifiziert, die gleichen Anschauungen. Dagegen steht Bonhoeffer auf einem anderen Standpunkt. Er umschreibt das Delirium und namentlich auch die akute Halluzinose der Trinker symptomatologisch sehr scharf, und neigt dazu, alle Fälle, die über den Rahmen dieser Symptomenkomplexe hinausgehen, als andersartige Erkrankungen aufzufassen. Namentlich warnt er vor der Verwechslung mit Krankheitsformen, die nur zunächst unter einem der Halluzinose ähnlichen Bilde verlaufen, aber von Anfang an eine progressive Tendenz besitzen; verdächtige Hinweise auf solche sieht er bereits in dem Auftreten von intestinalen hypochondrischen Sensationen sowie von Geruchs- und Geschmackshalluzinationen. Er gibt nur das Vorkommen einfacher geistiger Schwächezustände nach wiederholten Delirien oder Halluzinationen zu. In einem Falle hat er nach der vierten Erkrankung an Halluzinose sich ein progressives Wahnsystem entwickeln sehen; aber er

hält diesen Kranken für einen ohnedies zum Ausbruch einer paranoischen Psychose disponierten Menschen, der bereits nach seiner ersten Erkrankung den Keim der Wahnbildung erkennen liess. Die progressive Tendenz solcher Fülle führt er auf individuelle Momente beziehungsweise auf Komplikationen zurück, d. h. Faktoren, welche mit dem Alkoholmissbrauch nichts mehr zu tun haben. Diese Psychosen sind dann keine alkoholischen mehr.

Es ist eine missliche und undankbare Aufgabe, an fremden Krankengeschichten, welche zu bestimmten Zwecken mitgeteilt werden, Kritik zu üben. Mir erschien jedoch im vorliegenden Falle eine etwas ausführlichere Nebeneinanderstellung und nähere Betrachtung der niedergelegten Beobachtungen wünschenswert, weil sich daraus einige wichtige Schlüsse für die Klärung der uns beschäftigenden Frage ergeben.

1. Zunächst sehen wir, dass die überwiegende Mehrzahl der Autoren von chronischen alkoholischen Geistesstörungen paranoischen Charakters als von etwas nicht seltenem, wenn nicht etwas alltäglichem spricht.

2. Betrachten wir die mitgeteilten Beobachtungen und die auf ihnen basierenden Schlussfolgerungen genauer, so fallen ohne weiteres sehr weitgehende Differenzen in die Augen. Dieselben lassen sich nur zu einem kleinen Teile auf die zeitliche Verschiedenheit der Abfassung der Arbeiten und die dadurch bedingte Verschiebung in den allgemeinen psychiatrischen Anschauungen zurückführen; es scheint vielmehr, als ob jeder Autor besondere, von den anderen verschiedene Fälle seinen Ausführungen zu grunde gelegt habe.

Nasse schildert in seiner kurzen Mitteilung chronische Erkrankungen, als deren Hauptcharakteristikum er einen rasch sich entwickelnden, blühenden, wechselnden Grössenwahn hervorhebt.

von Speyr geht aus von der akuten alkoholischen Verrücktheit, die er als einer der ersten in Deutschland in präziser Fassung schilderte. Er verlangt von den chronischen Formen

die Symptomatologie der akuten, und nimmt an, dass jene aus dieser sich direkt entwickeln könne, bringt aber selber dafür kein Beispiel, wenn wir nicht seinen Fall X als solchen anerkennen wollen, in welchem nach mehreren Anfällen akuten Alkoholwahnsinns schliesslich einige Wahnideen nicht mehr korrigiert wurden. Die über 26 Jahre sich erstreckende Weiterbeobachtung seiner zwei ausführlicher angeführten Fälle lehrt, wie verschieden sich beide entwickelt haben. Umwandlung eines Delirium in chronische alkoholische Verrücktheit hat er nie beobachtet.

Luther beschreibt eine ganze Reihe von — akuten und chronischen — Formen, für die er allerdings nicht die volle Anerkennung als selbständiger klinischer Krankheitsbilder beansprucht. Seinen Ausführungen liegt nicht die scharfe Umgrenzung der akuten Alkoholparanoia zu grunde wie bei von Speyr; diese Erkrankung ist ihm anscheinend wenig bekannt, er trennt sie einmal nicht scharf von andersartigen akuten Psychosen und fasst sie zweitens zusammen mit symptomatisch ähnlichen chronischen Prozessen; er kommt auf diese Weise zu seinem alkoholischen halluzinatorischen Wahnsinn, einer Gruppe von 18 Beobachtungen, von denen 4 mit Defekt heilen, 8 chronisch werden und die übrigen in Heilung übergehen. Er kennt ferner einen chronischen alkoholischen Grössenwahn. Gesondert betrachtet er als eigene Gruppe Fälle, die nach seiner Meinung direkt aus einem Delirium tremens hervorgegangen sind, aber keine gemeinschaftlichen besonderen Züge besitzen, sondern sich in weitgehendem Maße von einander unterscheiden. Diese Mannigfaltigkeit der Erscheinungsformen der alkoholischen Psychosen sieht L. begründet einmal in der Verschiedenheit der Form und Konzentration des genossenen Alkohols, dann in der Verschiedenheit der Lebensbedingungen, des Volkscharakters, der Konstitution und der individuellen Widerstandsfähigkeit der den Alkohol Geniessenden.

Meyer kennt einmal chronische Formen, die aus einer akuten Halluzinose hervorgehen, und in ihren Symptomen mit dieser übereinstimmen. Seine etwas weitere Fassung der Symptomatologie der akuten Halluzinose wendet er auch auf die chronischen Fälle an. Von dem Rest seiner Beobachtungen

betont er die symptomatische Übereinstimmung resp. Verwandtschaft mit Kraepelin's Dementia praecox. Nur einer seiner mitgeteilten Fälle stellt seiner Ansicht nach den Ausgangszustand eines Delirium tremens dar.

Für Wernicke ist der Übergang einer typischen akuten Alkoholhalluzinose in eine chronische Halluzinose nichts seltenes, zumal nach wiederholten Erkrankungen.

Kraepelin beschreibt in den letzten Auflagen seines Lehrbuches einen bei Trinkern stets rasch sich entwickelnden Zustand geistiger Schwäche mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen, den er von andersartigen Defektzuständen symptomatisch abgrenzt und als das Ausgangsbild einer akuten alkoholischen Psychose auffasst. Das Zustandsbild entspricht etwa einem unheilbar gewordenen Wahnsinn.

3. Die Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens schwanken gleichfalls innerhalb sehr weiter Grenzen. Die grössten Zahlen haben wohl Nasse und Luther.

4. Des weiteren verdient die Art beachtet zu werden, wie die einzelnen Autoren den alkoholischen Ursprung ihrer Fälle begründen.

Naturgemäss handelt es sich stets um Trinker. Als Beweis dafür wird in der Regel die Anamnese angeführt und ferner das Vorhandensein der nervösen Störungen, die in ihrer Gesamtheit als charakteristisch für den chronischen Alkoholismus gelten. Für viele der mitgeteilten Beobachtungen sind diese beiden Tatsachen die einzigen, auf welche die Auffassung von der alkoholischen Natur der psychischen Erkrankungen gestützt wird; namentlich gilt dies für eine grosse Anzahl der Luther'schen und auch der Meyer'schen Fälle. Meyer selber fasst das ausdrücklich dahin zusammen, dass er — u. a. — dann von alkoholischen Psychosen spricht, „wenn wenigstens vielfache nervöse und psychische (scl. alkoholische) Störungen der Geistesstörung vorangegangen sind".

In zweiter Linie wird als beweisend für die alkoholische Natur einer chronischen paranoiden Geistesstörung die nachweisbare Entwickelung aus einer der anerkannten akuten alkoholischen Psychosen, des Delirs und der akuten Halluzinose,

angeführt. Bezüglich des Delirium tremens herrscht in dieser Hinsicht keine völlige Einigkeit; von Speyr betont ausdrücklich, dass er nie aus einem Delirium sich hat eine chronische Paranoia herausbilden sehen; Luther dagegen führt eine ganze Reihe einschlägiger Beobachtungen an. Leider sind seine Anamnesen in dieser Richtung recht kurz und jedenfalls nicht geeignet, eine Reihe von Einwänden, die sich machen lassen, zu entkräften. Dass das einzige dieser Delirien, welches in seinem ganzen Verlauf in der Anstalt beobachtet worden ist, nach der kurzen Schilderung zum mindesten ein recht ungewöhnliches Bild darbietet (Ausbruch am 27. Tage bei völliger Abstinenz, längeres Prodromalstadium mit der Wahnidee, von Holz und Eisen elektrisch angezogen zu werden, lytischer Abfall in etwa 11 Tagen, Fehlen des kritischen Schlafes), ist bereits erwähnt worden, desgleichen, dass das Tatsachenmaterial nicht ausreichend erscheint, welches Meyer in seinem ersten Falle für den zeitlichen und ätiologischen Zusammenhang der chronischen Psychose mit dem ihm nur aus Schilderungen von anderer Seite her bekannten angeblichen Delirium tremens bringt. Dagegen liegen eine grössere Reihe von in vielen Punkten übereinstimmenden Mitteilungen über Trinker vor, bei welchen nach der ersten oder noch häufiger nach wiederholten Erkrankungen an akuter Halluzinose die Krankheitserscheinungen nicht abklangen, sondern chronisch wurden; in anderen Fällen entwickelte sich das Krankheitsbild von vornherein chronisch ohne akuten Beginn. Meist wird angegeben, dass der Symptomenkomplex dauernd derselbe blieb, dass im weiteren Verlauf keine anderweitigen wichtigen Elementarerscheinungen sich hinzugesellten. Jedoch sind auch in dieser Hinsicht die Angaben keineswegs übereinstimmend, sie wechseln mit der mehr oder weniger engen symptomatischen Fassung des Krankheitsbegriffes akute Halluzinose.

Schliesslich sehen wir, dass ein Teil der Autoren für die chronischen paranoiden Zustände alkoholischen Ursprungs ein mehr oder weniger bestimmtes symptomatisches Gepräge in Anspruch nimmt, während andere das nicht tun. Den extremsten Standpunkt vertritt hier Meyer mit dem Satz, der Alkoholismus kann jede Form der Geisteskrankheiten hervorrufen.

Die Schwierigkeiten, die der Verwertbarkeit der geltend gemachten beweisenden Momente im Einzelfalle entgegenstehen, und die Einwände, die sich gegen ihre Vollwertigkeit erheben lassen, liegen auf der Hand.

Es ist eine triviale Weisheit, dass nicht jede chronische Geistesstörung, welche bei einem Potator zur Entwicklung kommt, alkoholisch sein muss. Alle Autoren erkennen das, stillschweigend oder ausdrücklich, an, aber trotzdem kann man vielen den Einwand nicht ersparen, dass sie wahrscheinlich noch immer zuviel auf das Konto des chronischen Alkoholmissbrauches geschoben haben. In erster Linie möchte ich auch hier wieder Luther nennen. Jedenfalls ist es nötig, sich stets vor Augen zu halten, dass ein notorischer Trinker an einer Geistesstörung erkranken kann, der er auch ohne Potatorium verfallen wäre; wir wissen, dass in psychotisch belasteten Familien Trunksucht häufig ist, und dass andrerseits in Trinkerfamilien auch diejenigen Mitglieder, welche nicht trinken, in höherem Grade der Gefahr der Erkrankung an Geistesstörung ausgesetzt sind, als in anderen. Im Einzelfalle wird nur ein sorgfältiges Abwägen aller in Betracht kommenden Momente, dahin gehört namentlich auch eine sorgfältige Anamnese, eine gewisse Garantie gegen Fehlschlüsse bieten; aber gerade daran fehlt es leider in der bisher vorhandenen einschlägigen Literatur — vielleicht nur Meyer ausgenommen — fast völlig.

Das gleiche gilt selbstverständlich, wenn der in Frage kommenden Erkrankung nicht nur nervöse Störungen, sondern auch ausgesprochene Psychosen (Delirium, akute Halluzinose) voraufgegangen sind, oder wenn die ersten Zeichen einer chronischen Geistesstörung direkt nach einem Delir oder einer akuten Halluzinose manifest werden.

Noch nach einer anderen Richtung hin entstehen hier Schwierigkeiten. Das Symptomenbild der akuten Halluzinose, so weit wir es heute kennen, ist zweifellos kein spezifisch alkoholisches. Von verschiedenen Seiten wird darauf hingewiesen, dass im Verlauf und namentlich im Beginn anderer Krankheiten (z. B. der Paralyse und gewisser katatonischer Formen) gar nicht selten Zustandsbilder vorkommen, die ohne genaue Kenntnis der Anamnese zunächst nicht vom akuten

Trinkerwahnsinn zu unterscheiden sind. Die Differentialdiagnose gegenüber der akuten alkoholischen Halluzinose kann ganz besonders schwer sein, wenn es sich gleichzeitig um einen Trinker handelt, oder wenn nervöse Störungen vorhanden sind, die als alkoholisch bedingt aufgefasst werden können. Entwickelt sich in einem solchen Falle eine chronische paranoische Psychose, so bleibt es zweifellos bis zu einem gewissen Grade in das Belieben des Einzelnen gestellt und von seinen sonstigen Erfahrungen und Anschauungen abhängig, ob er sich für die Diagnose einer akut beginnenden und dann chronisch gewordenen Alkoholhalluzinose entscheidet, oder ob er von einer chronischen Psychose spricht, die unter dem Bilde einer akuten Alkoholhalluzinose in die Erscheinung getreten ist. Den Beweis für die Richtigkeit der einen oder der anderen Anschauung werden wir vielfach heute nicht bringen können. Die Durchsicht der Literatur zeigt, dass die Psychiater zur Zeit in der Mehrzahl der ersteren Auffassung zuneigen. Die Frage lässt sich ernsthaft diskutieren bei Fällen, deren initiales Zustandsbild in allen Symptomen der typischen echten Alkoholhalluzinose entspricht; stellt sich aber heraus, dass von Anfang an, oder sehr bald nach Einsetzen der Erkrankung Züge vorhanden sind, wie sie der überwiegenden Mehrzahl der zweifellosen Fälle nicht zukommen (z. B. allmählicher Beginn, zahlreiche Sensationen, Halluzinationen auf dem Gebiet des Geruchs und Geschmacks u. a. m.), so berechtigt das zu Zweifeln an der Richtigkeit der anfänglichen Diagnose, eben weil wir wissen, dass halluzinoseähnliche Bilder vielfach auch sonst vorkommen. Wir sehen aber, dass ein Teil der Autoren den symptomatischen Begriff der akuten Alkoholhalluzinose gar nicht so eng fasst, und zwar sind das gerade diejenigen, die am ausdrücklichsten für das Vorkommen chronischer paranoischer Erkrankungen auf alkoholischer Basis eintreten. Luthers Stellungnahme zu dieser Frage ist bereits mehrfach betont worden, und diejenige Meyers erhellt aus einigen Beobachtungen, die er — als allerdings ungewöhnliche Formen — der akuten Alkoholparanoia zurechnet.

In dem einen Falle Meyer's (IV) ist der Beginn ein allmählicher; von anfang an klagt der Kranke über eigenartige Geruchs- und Geschmackshalluzinationen, für die er ebenso eigenartige Er-

klärungswahnideen äussert; erst nach Monaten soll zu Hause Heilung eingetreten sein. Ein zweiter (VII) beginnt ebenfalls nicht akut und erstreckt sich mit Unterbrechungen oder Remissionen über eine Reihe von Jahren; über den endgültigen Ausgang ist nichts bekannt geworden. Bei einem Dritten schliesslich (V), der schon in der Jugend wiederholt geisteskrank gewesen war, dann im Alter von 31 Jahren akut mit Angst und Gehörstäuschungen erkrankte, aber sich von Anfang an eigenartig benommen zu haben scheint, und schliesslich nach 4 Monaten anscheinend mit voller Krankheitseinsicht entlassen wurde, stellte sich später heraus, dass er die Einsicht nur simuliert hatte. und dass er $1^3/_4$ Jahre nach Beginn der Erkrankung noch an seinen Wahnvorstellungen festhielt; er kam später wieder zur Aufnahme.

Von solchen und ähnlichen atypischen Formen ist es zum mindesten zweifelhaft, ob sie als alkoholische in demselben Sinne aufgefasst werden dürfen wie die typischen akuten Halluzinosen, und sie sind, wenn sie das Anfangsstadium einer chronischen paranoiden Psychose bilden, jedenfalls nur mit grosser Vorsicht für die Beweisführung der alkoholischen Natur dieser Krankheiten zu verwerten.

Bezüglich des Delirium tremens sind wir in dieser Hinsicht insofern besser daran, als hier die differential-diagnostischen Schwierigkeiten sehr viel geringer sind. Jedoch sind auch Delirien, die ausschliesslich aus der Anamnese bekannt sind, oft nur mit Vorsicht zu verwerten, da die Erfahrung lehrt, dass von Laien und nicht psychiatrisch geschulten Ärzten häufig alle möglichen Erregungszustände — Potatorium vorausgesetzt — als Delirium tremens bezeichnet werden, selbst wenn wir absehen von der Unterscheidung zwischen Delir und Halluzinose.

5. Eine ausdrückliche Stellungnahme zu dem Begriff Atiologie finden wir nur bei Meyer. Die übrigen Autoren machen keine weiteren Angaben darüber, welche Zugeständnisse sie anderweitigen ursächlichen Faktoren machen, wenn sie von alkoholischen Psychosen reden. Dass von allen mehr oder weniger gleichzeitig der Prädisposition und ähnlichen Momenten Rechnung getragen wird, lässt sich vielfach zwischen den Zeilen lesen. Wir haben gesehen, dass bei Meyer der Begriff „alkoholischer Ursprung“ recht unscharfe Grenzen angenommen hat. Es wird

uns diese Tatsache den Weg zeigen, zum mindesten einen Teil der einander widersprechenden Anschauungen über die chronischen alkoholischen Psychosen zu vereinigen.

6. Eine Frage von mehr theoretischer Bedeutung wird in der angeführten Literatur gelegentlich berührt (Raecke), das ist die Abgrenzung der erworbenen dauernden Defektzustände und der sog. Residuärzustände von den eigentlichen chronischen Psychosen. Von ersteren pflegt man zu sprechen, wenn man die Symptome meint, die nach dem Ablauf des Krankheitsprozesses — dauernd oder vorübergehend — zurückbleiben. Ihre Unterscheidung von den fortschreitenden chronischen Krankheitsprozessen (den chronischen Psychosen im eigentlichen Sinne) macht in der Praxis oft genug Schwierigkeit; vielfach ist noch strittig, wieweit einzelne elementare Symptome den Schluss erlauben, dass der Krankheitsprozess noch nicht abgelaufen ist; ich brauche hier nur an die Verschiedenheit in der Bewertung der Halluzinationen zu erinnern (Wernicke's Lehre von der Dissoziation). Die Frage gewinnt für uns besondere Bedeutung, da es scheint, als ob die Korsakow'sche Psychose klinisch in recht reiner Weise einen blossen residuären Zustand darstellt, der nach einer akuten diffusen oder multiplen Schädigung des Gehirns zurückbleibt.

Die Entscheidung der berührten Frage käme vor allem in Betracht bei Fällen, die sich angeblich aus einer akuten Halluzinose oder einem Delir entwickelt haben.

Die Mehrzahl der aus der Literatur angeführten Beobachtungen geht weit über den Rahmen dessen hinaus, was als blosser Residuär- oder Defektzustand zu bezeichnen wäre. Vielfach handelt es sich wahrscheinlich um progrediente, event. erst nach längerer Zeit zum Stillstand kommende Prozesse. Raecke hebt das ausdrücklich für die Gruppe von Fällen hervor, die er im Auge hat.



IV.

Eines der hauptsächlichsten Resultate bei der Durchsicht der Literatur ist die weitgehende symptomatische Verschiedenheit der Fälle, die von den Autoren als chronische Alkoholpsychosen beschrieben werden. Gemeinsam ist ihnen fast nur das Potatorium in der Anamnese und das Bestehen nervöser oder psychischer, durch Alkoholmissbrauch bedingter Symptomenkomplexe im Beginn der Erkrankung. Von Krankheitsbildern verlangen wir sonst, dass sie auch ohne Kenntnis der Vorgeschichte und eventueller ätiologischer Momente diagnostizierbar sind. Beim Delir, bei der akuten Alkoholhalluzinose wird das selten Schwierigkeiten machen. Ihr Zustandsbild und ihr Verlauf ist so typisch, dass wir sogar berechtigt sind, aus ihrem Vorhandensein den Schluss auf voraufgegangenen Alkoholmissbrauch zu ziehen. Für die sog. chronischen Alkoholpsychosen fehlt eine solche einheitliche Symptomatologie. Den einzigen Versuch einer präzisen Umschreibung wenigstens einer Gruppe von Fällen finden wir bei Kraepelin.

Wenn bei einem notorischen Trinker eine Manie mit den bekannten Zügen der manischen Phase des zirkulären Irreseins zur Entwicklung kommt, so wird jedenfalls die Mehrzahl der Psychiater nicht von einer Alkoholpsychose reden trotz des abusus spirituosorum und trotz eventuell bestehender neuritischer Störungen oder selbst voraufgegangener Delirien. Das gleiche würde zutreffen für einen typischen epileptischen Dämmerzustand, obwohl wir wissen, dass der Alkoholmissbrauch hier sehr häufig eine auslösende Rolle spielt. Eine echte Paralyse bezeichnen wir nicht als alkoholische Erkrankung, selbst wenn jahrzehntelanger Potus vorangegangen ist. Manie, epileptischer Dämmerzustand, Paralyse sind Krankheitsbilder, die wir gut

kennen, und von denen wir wissen, dass sie in unzähligen Fällen ohne jeden Alkoholmissbrauch vorkommen. Wir sind deshalb von vornherein geneigt, den Alkoholmissbrauch in der Anamnese nicht als ätiologisches Moment, sondern höchstens als auslösenden, beschleunigenden Faktor, oder als mehr oder weniger zufällige Komplikation zu betrachten.

Bei der grossen Häufigkeit solcher Komplikation von Geistesstörung mit Alkoholmissbrauch wäre deshalb in jedem Fall der Nachweis wichtig, dass es sich nicht um eine Krankheitsform handelt, die auch sonst, ohne Potatorium, vorkommt. Die Unterbringung in solche wohl bekannten Krankheitsformen ist uns aber heute erst bei einem Teil aller Psychosen möglich. Es bleibt eine grosse Menge von Fällen, für deren Ordnung uns zur Zeit höchstens einige allgemeine grosse Gesichtspunkte zur Verfügung stehen, von denen wir aber nicht einmal wissen, ob sie das wesentliche treffen. Auf diesem grossen Felde ist Vermutungen aller Art, insbesondere auch solchen ätiologischer Natur, ein weiter Spielraum gelassen. —

Fälle, wie sie Meyer beschreibt, d. h. katatonische oder hebephrenische Erkrankungen bei Säufern gehören gewiss nicht zu den Seltenheiten. Sie werden naturgemäß besonders häufig zu finden sein in einem Krankenmaterial aus Gegenden mit starkem Schnapskonsum. Es passiert dabei oft genug, dass das kurze ärztliche Zeugnis nur über die alkoholischen Antezedentien berichtet, während eine genaue von Angehörigen und Bekannten erhobene Anamnese später genügend Anhaltspunkte für schon länger bestehende psychische Veränderungen anderer Art ergibt.

I.

Julius Z. von D. Gastwirt, geb. 12. XI. 1865. Belastung nicht bekannt; mittelgut veranlagt. Fleissig, ordentlich, keine Charaktereigentümlichkeiten. Vor 2 Jahren Heirat, gleichzeitig ungünstiger Geschäftskauf, Vermögensverluste. Gleichfalls seit 2 Jahren stärkerer Potus, besonders aber seit dem Herbst vorigen Jahres. Nach Angabe eines Bekannten hat er mindestens das 6 fache von dem getrunken, was andere trinken. Trank schon morgens in nüchternem Zustande. Seit einem halben Jahre allmählich verändert. Wiederholt Ausbrüche von Verzweiflung und von Zorn über seinen Vermögensverlust. Wurde „melancholisch",



dazwischen Erregungen. Nach dem ärztlichen Zeugnis fallen in diese Zeit „mehrere Anfälle von Delirium tremens." Zuletzt vernachlässigte er sein Geschäft, wurde gleichgültig und unfreundlich gegen die Gäste, sprach nicht mehr, ging und sass still herum, schlief wenig, verweigerte zeitweis die Nahrung vollständig und bot einen „Zustand von Stumpfsinn" dar. Wegen Gewalttätigkeit am 10. VII. 1896 in die Heidelberger Irrenklinik.

Schlaffe, ausdruckslose Züge; Pu. reagieren, aber wenig ausgiebig, P. S. R. gesteigert, Patellarklonus. Enormer, schüttelnder Tremor der Hände; starker stossender Tremor der Zunge. Unsicher auf den Füssen, Schwanken bei Augenschluss. Leichte neuritische Symptome. Undeutliche Sprache.

Macht benommenen Eindruck, ängstlich, zittert am ganzen Körper, widerstrebt allen Maßnahmen, antwortet erst auf wiederholtes Fragen einzelne leise Worte. Beruhigt sich bald, wurstelt dann an seiner Decke herum, zupft am Leintuch und an seinem Körper. Apathisch, gleichgültig. Über Personalien genau orientiert. Weiss den Tag nicht, über den Ort ausweichende Antworten. Lässt sich Halluzinationen des Gesichts und des Tastsinnes nicht suggerieren.

In den nächsten Tagen weiter andauernde Unruhe; geht viel ausser Bett, schläft wenig. Spricht spontan fast kein Wort, antwortet leise, und zwar meist nur: ich weiss nicht. Zupft und wischt viel an Bett und Körper herum. Gleichgültiger, lächelnder Gesichtsausdruck. Häufig einander widersprechende Angaben über Krankheitsgefühl.

VIII. 1896 — Anfang III. 1897. Der Kranke drängt jedesmal sinnlos fort, sobald der Arzt die Abteilung verlässt. Äussert dabei nichts weiter als immer wieder: Herr Doktor, ich will heim, lassen Sie mich heim, u. ähnl. Klammert sich an den Arzt, wird aber nie aggressiv. Sobald der Arzt fort ist, legt er sich ruhig in sein Bett; drängt mit den Wärtern nicht heraus. Gegen die Umgebung ganz teilnahmlos. Verfertigt fast täglich Briefe und Telegramme sehr stereotypen Inhaltes an seine Frau. Die Schrift die anfangs sehr zittrig und ungeschickt gewesen war, ist fest geworden. Schlaf und Nahrungsaufnahme besser.

III. 1897. Zugänglicher. Bringt zunächst jedesmal seine stereotypen Redensarten vor, dann gibt er ganz verständig Auskunft. Drängt gelegentlich noch hinaus; es genügt aber, ihn umzudrehen, dann läuft er ruhig von der geöffneten Thür fort in sein Bett. Spricht viel halblaut vor sich hin in eine Fensternische oder gegen die Wand hinauf.

8. V. 1897. Unverändert in die Pflegeanstalt.

In der Pflegeanstalt anfangs das gleiche sinnlose Herausdrängen. Ladet den Arzt ein, mit ihm in einem Hotel der Stadt eine

Flasche Wein zu trinken. Wird bald ruhiger. Bringt ständig seine stereotypen Redensarten vor. Schreibt viel Briefe, die auf langen Seiten nichts enthalten, als dass er gesund sei und nach Hause wolle.

IV. 1897. Heiterer, ruhiger. Noch immer die alten Sätze. Starker Schwachsinn. Gelegentlich Grössenideen: er kenne viele hochstehende Personen, die in seinem Gasthause logiert hätten, Fürsten und Grafen. Gedächtnis nicht geschwächt. Sei zu Hause schon krank gewesen. Habe nicht gesprochen und nicht gegessen aus Kummer über sein Geschäft. In Heidelberg sei er unrechtmäßigerweise zurückgehalten worden.

VIII. 1897. Fängt an sich etwas zu beschäftigen. Darf ausgehen, dankbar dafür.

24. 9. In heftiger Erregung, weil er nicht entlassen werde. Beschuldigt die Ärzte. Droht mit Ohrfeigen.

19. 10. 1897. Erregung dauert an. Völlig uneinsichtig. Droht mit Rache. Auf Wunsch der Frau entlassen.

Nach einer späteren Mitteilung des Bürgermeisteramtes hat sich Z. gut gehalten und ist im Jahre 1900 angeblich an Bleikolik gestorben. Weiteres ist nicht bekannt geworden.

II.

Marie Fr. aus Tr., Gastwirtsfrau, geb. 24. 10. 1857. Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie nicht bekannt. Stets träge, schlecht veranlagt. Früher gesund, nur einmal Gelenkrheumatismus mit folgendem Herzfehler. 6 Kinder leben. 6 gestorben. Trinkt seit 2—3 Jahren grosse Mengen Schnaps, Wein und Bier. War bis dahin eine gute Mutter und Hausfrau. Seit etwa 2 Jahren schimpft sie häufig, äussert Beeinträchtigungsideen, ist träge und indolent geworden, spricht zum Fenster hinaus auf Personen, die gar nicht da sind, ist von Hause ohne Strümpfe und Schuhe fortgelaufen und hat öfter Männlein und Tierchen gesehen.

Aufnahme in die Heidelberger Klinik am 27. 2. 1901. Dicke Frau, hochgradig stumpf und indolent, gibt nur langsam Antwort. Ausweichende, widerspruchsvolle Angaben bei Fragen nach Orientierung. Werde schon seit Jahren herumgestossen, nur der Cognak habe sie erhalten. Habe nachts öfter Tiere und eine weisse Gestalt gesehen, sei ängstlich gewesen, habe allerlei Schimpfreden und Drohungen gehört. P. S. R. lebhaft, Wadenmuskulatur auf Druck schmerzhaft. Stiche in die Haut des Unterschenkels werden gut empfunden. Kein Romberg. Grober Tremor der Hände und Finger, Zunge zittert. Pu. mittelweit, reagieren. Keine Sprachstörung. Urin enthält Spuren von Eiweiss.

5. 3. Seit der Aufnahme ganz apathisch im Bett. Wird für einen Augenblick lebhafter, wenn man sie schüttelt, wehrt ab, antwortet, versinkt aber sofort wieder, sobald man sie in Ruhe lässt. Gesichtsausdruck blöde-euphorisch. Isst sehr wenig. Ist einigemale mit der Sonde gefüttert worden.

7. 4. Ein wenig regsamer, gibt besser Auskunft Bringt die Namen ihrer Kinder nicht zusammen. Träge in allen Äusserungen und Bewegungen. 8 kg Gewichtsabnahme. Flache Antworten. Keine Äusserungen von Wahnideen. Nimmt keinen Anteil an den Vorgängen in ihrer Umgebung. Kennt niemanden bei Namen. Meint, der Cognak würde sie wieder gesund machen. Sitzt oder steht herum.

30. 4. Hat eine fieberhafte Erkrankung durchgemacht (bis 39,5°) mit Schmerzhaftigkeit einzelner Muskeln, namentlich des r. Quadriceps, Schwellung und Schmerzhaftigkeit einiger kleiner Gelenke. Gute Reaktion auf Natr. salicyl.

29. 5. Unverändert hochgradig indolent; interesselos, untätig. Liegt oder steht stumpf herum, spricht spontan gar nicht, antwortet selten und dann meist ausweichend. Isst genügend.

30. 6. Unverändert. Die Gelenkschwellungen kehren von Zeit zu Zeit wieder.

1. 8. Ausgesprochener Negativismus; will nicht aufstehen, nicht ins Bett gehen, will nicht in den Garten und erhebt jeden Abend ein grosses Geschrei, wenn sie zurück soll ins Haus. Im Garten geht sie stets an demselben Platze auf und ab und pflückt an ihren Fingern. Setzt passiven Bewegungen starren Widerstand entgegen.

7. 9. Stets das gleiche Bild äusserster Indolenz.

30. 10. 1901. Unverändert nach Hause abgeholt. Gewichtsabnahme von 70 auf 59 kg. Bei einem Besuche in ihrem Heimatsort (26. 6. 1902): Steht den ganzen Tag umher, sitzt höchstens einmal kurze Zeit. Liegt nachts nicht in der Mitte des Bettes, sondern stets auf der Kante der Bettlade. Arbeitet nie, spricht selten ein Wort. Isst nicht mit den Angehörigen am Tisch. „Immer das Gegenteil muss man sagen, wenn sie etwas tun soll."

Nach einem Bericht des Mannes vom 1. 9. 1904 befindet sich die Kranke noch immer in dem gleichen Zustande.

Beiden Fällen gemeinsam ist ein seit Jahren bestehendes schweres Potatorium, gemeinsam ist ihnen ferner der Befund von neuritischen Störungen und von Tremor in den ersten Tagen nach der Aufnahme. Bei dem Manne wird in der Anamnese von Zuständen von Delirium tremens berichtet, und er bot in der ersten Zeit in der Klinik Symptome dar, die als

alkoholdelirante gedeutet werden können (Unruhe, Zupfen); bei der Frau scheinen gleichfalls solche vorhanden gewesen zu sein. Bei beiden sind von den Angehörigen gleichzeitig mit dem Beginne der stärkeren Trunksucht, oder jedenfalls bald nach dem Beginn derselben, psychische Veränderungen beobachtet worden, die symptomatisch in den Rahmen der Erkrankungen passen, die später zum Ausbruch kamen. Im Falle II entwickelte sich ein katatonischer Stupor, der nach 3½ Jahren noch fast unverändert anhält; im zweiten Falle bestand über ein Jahr lang ein Krankheitsbild gleichfalls mit zahlreichen katatonischen Zügen, das dann sich wesentlich gebessert zu haben scheint.

Zwingende Gründe für die Annahme eines ätiologischen Zusammenhanges in dem Sinne, dass die Geistesstörung, die in der Klinik beobachtet worden ist, eine Folge des Potatoriums gewesen sei, liegt in beiden Fällen nicht vor. Es liegt jedenfalls ebenso nahe, ist allerdings auch ebensowenig zu beweisen, dass die stärkere Trunksucht eine Folge der beginnenden Psychose war. Müssig ist desgleichen die Frage nach der Bewertung des Alkoholmissbrauches etwa für die Beschleunigung des Ausbruches, die Dauer oder die Schwere der Erkrankung. Wir dürfen nicht vergessen, dass wir über alle diese Fragen z. Z. nichts sicheres wissen. —

Dass es ratsam ist, selbst mit der Diagnose chronischer Alkoholismus vorsichtig zu sein, lehrt die Krankengeschichte eines Falles, der anfangs als einfacher alkoholischer Schwachsinn aufgefasst wurde, bei dem sich aber nachträglich Anhaltspunkte für die symptomatische Natur der Trunksucht ergeben haben.

III.

Christof Nau. aus W., Landwirt, geb. 21. 1. 1853. Schwere erbliche Belastung. Vater und Bruder des Vaters waren bigott. Mutter erlitt 1897 einen Schlaganfall. Zwei Brüder der Mutter sollen geisteskrank gewesen sein. Ein Bruder des Pat. war in einer Irrenanstalt und hat sich einige Jahre später erhängt. Körperlich und geistig normal entwickelt. Seit 1877 verheiratet. 4 Kinder leben, 4 sind tot.

Begann Ende 1896 stark zu trinken, wollte nicht mehr arbeiten, er habe das nicht nötig, kaufte allerlei zusammen.

Kam nur wenig nach Hause, sprach viel. Mehrmals gewalttätig gegen die Frau. Deshalb zuletzt in den Ortsgewahrsam eingesperrt. Ging einmal nachts auf den Kirchhof, weil er angeblich seinen verstorbenen Vetter etwas fragen wollte.

I. Aufnahme in die Heidelberger Klinik am 1. 7. 1897. Ruhig, geordnet, völlig orientiert; bestreitet, seine Frau misshandelt zu haben. Keine Angst, gibt aber zu, in der letzten Zeit aufgeregt und reizbar gewesen zu sein, dazwischen mitunter niedergeschlagen. Kein deutlicher Tremor. Pu. reagieren. Reflexe erhalten. Beschäftigt sich in den nächsten Tagen auf der Abteilung, macht sich nützlich. Ohne jede Einsicht. Nichts auffälliges im Benehmen. Nach 10 Tagen mit der Diagnose alkoholischer Schwachsinn entlassen.

Zu Hause hat N. weiter getrunken; um die Mitte des Jahres 1898 hörte er selber damit auf, wurde wieder nüchtern, ordentlich und arbeitete fleissig. Ende 1899 fing er abermals an, viel in die Wirtshäuser zu laufen, trank sehr viel, schon Morgens Schnaps, misshandelte die Frau, trieb sich viel herum. Schliesslich musste die Frau kurz vor ihrer Entbindung vor ihm flüchten; in den letzten Tagen ging er auf sie mit dem Messer los. Er wurde wieder eingesperrt und am 21. 11. 1900 zum zweiten Male in die Klinik gebracht.

Bei der Aufnahme orientiert, ruhig, natürlich. Bestreitet, seine Frau bedroht zu haben, leugnet Eifersuchtsideen, rühmt sich. Chronischer Magenkatarrh, Vomitus matutinus. Druckempfindlichkeit der Waden, P. S. R. gesteigert. Tremor der gespreizten Finger.

In den nächsten Wochen ruhig, gleichmässiger Stimmung, wälzt alle Schuld auf seine Frau.

I. 1901. Fleissiger Hausarbeiter; drängt auf Entlassung. Seiner Trunksucht gegenüber ganz verständnislos.

II. Ungehalten über seine Zurückhaltung, gelegentlich räsonierend. Meist fleissig. Beschönigung seiner alkoholischen Gewohnheiten. „Sittlich stumpf, nach seiner Entlassung wohl bald wieder rückfällig".

16. 3. 1901. Ruhig geordnet. Fleissig. Für seine Trunkenheit, für die Misshandlungen der Frau einsichtslos. Wälzt alle Schuld auf andere. Hat nicht die Absicht, das Trinken aufzugeben. Auf Wunsch der Frau entlassen. Diagnose: alkoholischer Schwachsinn.

N. hat sich seitdem draussen gut gehalten. Er ist sehr fleissig, sorgt für seine Familie. „Trinkt seinen Schoppen, ohne dass es ihm schadet". Bei einem Besuch in seinem Orte (13. 9. 1904): Gute Erinnerung an den Aufenthalt in der Klinik, kennt die Namen der Ärzte und Wärter. Volle Einsicht. Nichts wahn-

haftes. Natürliches Benehmen. Keine Stimmungsschwankungen. Schlaf zeitweis schlecht, gelegentlich nächtliches Aufschrecken. Hin und wieder Ohnmachtsanwandlungen. Von epileptischen Antezedentien nichts zu erfahren. Ruhiger, gesetzter Mann, durchaus nicht schwachsinnig. Kein Trinkerhabitus.

Die Frau des Kranken hat noch angegeben, dass ihr Mann etwa im Jahre 1890 einen Erregungszustand durchgemacht hat, der den ganzen Sommer über andauerte. Der Arzt habe von einer Gehirnentzündung gesprochen und Eisumschläge auf den Kopf verordnet. Der Kranke sei zeitweis nicht bei sich gewesen. Schon einige Zeit vorher sei er eine Zeit lang gedrückt gewesen. Die Arbeit ging ihm nicht von der Hand, man musste ihn aufheitern. Etwa 1894 habe er einen ähnlichen Anfall wie 1890 gehabt. 1890 habe er zeitweise getrunken, 1894 nicht. In den Zwischenzeiten stets solide.

Aus den anamnestischen Angaben geht hervor, dass es sich um einen erblich schwer belasteten Menschen handelt, der selber zum mindesten dreimal kurze Zeiten psychischer Störungen durchgemacht hat und in den Zwischenzeiten als völlig normal galt. Die Diagnose alkoholischer Schwachsinn ist durch die Beobachtung des weiteren Verlaufes nicht bestätigt worden; wir werden nicht einmal berechtigt sein, den Kranken als einen chronischen Alkoholisten in dem gewöhnlichen Sinne zu bezeichnen. Vielmehr ist aller Wahrscheinlichkeit nach seine Trunksucht als symptomatisch aufzufassen. Die zugrunde liegende Psychose dürfte sich am ehesten in das zirkuläre Irresein einreihen lassen. Durch diese Annahme würden eine Reihe von auffallenden Zügen aus der Zeit vor der ersten Aufnahme erklärlich (seine Unstetigkeit, Kauflust und Vielgesprächigkeit), vor allem aber auch die ganz ungewöhnliche zweimalige völlige Spontanheilung von anscheinender Trunksucht. Vielleicht war der diagnostizierte Schwachsinn durch eine hypomanische Stimmungslage vorgetäuscht. —

Erhebliche Schwierigkeiten können der Beurteilung entstehen bei Degenerierten, welche trinken. Bei ihren psychotischen Zuständen ist es oft nicht möglich zu entscheiden, was auf Rechnung des Alkoholmissbrauches zu setzen ist, und was anderweitig bedingt ist, da auch ohne Alkoholabusus delirante und halluzinatorische Episoden vorkommen, die dem Delirium

tremens und der Alkoholhalluzinose ähneln können. Als ein Beispiel dafür sei der folgende Fall mitgeteilt:

IV.

Georg E. aus Mannheim, geb. den 11. 2. 1878, Eisendreher. Vater ein sonderbarer Mensch, der früher stark getrunken hat; ein Bruder geistig nicht ganz normal; ein Neffe des Vaters geistesgestört. Pat. selber ist körperlich und geistig normal veranlagt, war in der Schule und in der Lehre stets brav. Mit $^3/_4$ Jahren einige Wochen lang Krämpfe; später stets gesund, insbesondere nichts epileptisches. Lernte $4^1/_2$ Jahre als Mechaniker. Vom 19. Jahr an (seit $2^1/_2$ Jahren) unregelmäßiges Leben, Exzesse in Venere et Baccho, trieb sich herum, war oft ohne Arbeit; trinkt seit derselben Zeit sehr stark. 1896 Geldstrafe wegen Körperverletzung. Anfang 1899 einen Monat Gefängnis wegen Hausfriedensbruches und Betrugs, Dezember 1899 sieben Wochen Gefängnis wegen Unterschlagung und Diebstahl. Strafende am 24. 1. 1900. Hat in der Strafanstalt nichts besonderes dargeboten. Nach der Entlassung trank er sehr viel und lief planlos umher. Am 3. 2. fiel er der Umgebung auf; er glaubte sich von Leuten verfolgt, hörte Stimmen. Nach seiner eigenen Angabe hat er schon am Abend des 27. 1. gemerkt, wie ihm immer Leute folgten, die er nicht sah, aber hörte; es hiess: „den kriegen wir, uns kommt er doch nicht hinaus, jetzt muss er herhalten". Er lief auf die Polizei, wurde aber abgewiesen. Sein früherer Lebenswandel wurde ihm beständig vorgeworfen. Im Krankenhaus sei es erst recht losgegangen. Sobald es dunkel wurde, habe er in der Isolierzelle Köpfe von Hingerichteten gesehen. Dazwischen Zeiten, in denen er nach Angabe des Arztes völlig normal und orientiert war, und in denen er selber zugab, zu „spinnen".

Aufnahme in die Heidelberger Irrenklinik am 14. 2. 1900. Vollkommen orientiert, „ich spinne, höre [illegible] einem fort Stimmen und sehe Figuren". Erzählt mit grosser Zungenfertigkeit. Habe nach der Entlassung aus dem Gefängnis drei Tage lang Wein, Bier und Schnaps durcheinander getrunken. Nach einer späteren Mitteilung hat Pat. auch früher schon sich gelegentlich auffällig benommen, einmal z. B. auf der Strasse die Hosen ausziehen, ein anderesmal in den Neckar gehen wollen. In den Tagen vor der Unterbringung ins Krankenhaus ist er ängstlich gewesen, legte Beil und Hammer neben sich, um die Verfolger zu empfangen, predigte auf der Strasse wie ein Pfarrer auf der Kanzel, sprach fromme Sachen und betete.

Er gibt zwar zu, krank zu sein, ist aber der festen Überzeugung, dass die angedrohten Strafen an ihm vollzogen werden, beteuert dabei seine Unschuld.

16. 2. Tag und Nacht in grosser Unruhe, antwortet oft erregt auf Sinnestäuschungen. Hört, er solle geköpft werden, sein Vater habe Stiche auf dem Kopf: die Schwägerin des Bezirksarztes solle seine Braut sein.

17. 2. Habe keine Ruhe. Durch seinen Kopf gehen alle seine Strafen. Sein Freund M. wolle durchaus seinen Kopf haben; erst wolle man ihn chloroformieren, dann sezieren. Dabei orientiert. Alles werde ihm „herausgezogen"; keinen Atemzug könne er tun, ohne dass der M. mitspreche.

20. 2. „Alle Gedanken, die ich habe, die hat der M. auch, der zieht mir meine Gedanken heraus!" Kümmert sich gar nicht um seine störende Umgebung. Isst gut, schläft sehr wenig.

23. 2. Das Glied wird ihm von aussen her künstlich mit Elektrizität steif gemacht; man elektrisiert seinen Hals so, dass er ihn nicht bewegen kann. Es sei eine Revolution zwischen Deutschland und Russland ausgebrochen. Man habe ihm die Gebärmutter unten weggenommen und sie ihm in den Hals, in den Kehlkopf gesteckt. In der Nacht sehr unruhig, hört schiessen und läuten; hört, er solle umgebracht werden. Kein Krankheitsgefühl mehr, alles werde künstlich gemacht.

4. 3. Halluzinirt in derselben Weise weiter, reagiert durch Schimpfen. Zahlreiche Sensationen. Lediglich mit sich beschäftigt; Nahrungsaufnahme gut, Schlaf schlecht.

11. 3. Halluzinirt weiter stark. Er sieht seine Kollegen neben dem Bett, und er hört sie sprechen. Von weitem rufen ihn die Zigeuner. In der Nacht würgt man ihn. Tagsüber wird er chloroformiert, ein Giftregen fliesst auf ihn, der Hals wird dick.

26. 3. Seit ca. 10 Tagen ruhiger, halluziniert aber noch. Warf einmal plötzlich seine Schuhe zum Fenster hinaus.

28. 3. Bestreitet Halluzinationen.

1. 4. Auf Wunsch des Vaters entlassen.

2. Aufnahme 9. 4. 1900. Wird in verwahrlostem Zustande aus dem Krankenhaus gebracht. Hatte zu Hause nicht arbeiten wollen, trank herum, war ungehorsam, schlug.

20. 4. Fleissig, ruhig, geordnet. Bekümmert darum, was man mit ihm anfangen werde.

25. 5. Ruhig, arbeitsam. Vorübergehend reizbar, jähzornig. Bestreitet noch Stimmen zu hören.

6. Arbeitet im Garten, fleissig, anstellig. Freundlich, munter.

25. 6. 1900. Entweicht bei der Gartenarbeit.

3. Aufnahme 31. 12. 1900. Hat inzwischen als Mechaniker gearbeitet, hielt aber nirgend recht aus. Spürt selber seit einiger Zeit, dass er nicht ganz richtig sei. Sah alles mögliche wenn er die Augen schloss. Soll aus Ärger viel getrunken haben.

Eifersuchtsideen gegen seine „Braut", mit der er seit 4 Jahren verkehrt, und welche 17 Jahre älter ist als er. Vor 2 Tagen nach einem Streit Erregungszustand, in welchem er alles zusammenschlug und gewalttätig wurde. Anzeige wegen Hausfriedensbruches.

Bei der Aufnahme ruhig, gibt gut Auskunft. Urin frei von Eiweiss.

22. 1. 1901. Fleissig, geordnet, keine Erregungen.

5. 2. Fleissig. Will keine Stimmen mehr hören, nichts mehr sehen.

10. 3. Erregt bei Besuch der Braut.

23. 3. 1901. Seither im ganzen ruhig und geordnet. Reizbar. Entweicht heute bei der Gartenarbeit.

Juli 1903. Kommt in die Poliklinik. Klagt über Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Halluziniert viel. Sei nie ganz frei davon, solange er allein sei; bei Beschäftigung sei es besser.

4. Aufnahme 18. 5. 1904. Nach Angabe der Braut ist es (seit 1901) anfangs leidlich gegangen. Arbeitete fleissig, wenn er Arbeit hatte; wurde gelobt, hielt aber nie lange aus, vertrug es vor allem nicht, wenn man ihn einmal schlecht behandelte; liess dann alles stehen und liegen und lief davon. Zeitweise musste ihn die Braut aushalten. Trinkt seit einem Jahr wieder stark. Verträgt wenig. 1901 in Untersuchungshaft, weil er dem Vater eine Uhr gestohlen hatte, 1903 unter Anklage wegen Fahrraddiebstahls; beide male auf ärztliches Zeugnis hin freigesprochen.

Seit einigen Wochen erregter. Trank viel in schlechter Gesellschaft. Lief öfter auf die Polizei: „Da habt ihr mich, verhaftet mich." Erzählte, in der Klinik sei er von den Fussspitzen an ausgebrannt worden, die Zehen seien ihm ausgerissen worden usw. Soll sehr viel onaniert haben.

Bei der Aufnahme ruhig, gleichmütig. Stotternde Sprache. Besonnen, orientiert. Erzählt, er habe, wenn er allein war, immer sprechen, hören, was andere Leute vorher in seiner Gegenwart gesagt hätten. Das sei aber dummes Zeug, sei nur in seinem Kopf. Ungenaue, widerspruchsvolle zeitliche Angaben über die letzten Jahre. Seit 1/4 Jahr habe er sich fast jeden Abend einen halben Rausch angetrunken, angeblich um schlafen zu können. Will seit der letzten Entlassung dauernd „Stimmen" gehört haben. Wenn er die Augen schloss, habe er den reinsten Circus gesehen. Sieht auch jetzt bei blossem Augenschluss allerhand Figuren, eine Schachtel, einen dicken Mann. Manchmal habe er zu Hause Angst bekommen, es sei ihm gewesen, als wenn jemand zum Fenster hinein wolle. Einmal habe er gesehen,

dass immer Hasen zur Tür hinausliefen; am Tage zuvor sei er in einem Hasenstall gewesen. Das alles wurde sofort schlimmer, sobald er trank. In letzter Zeit 7—10 Glas Bier, dazu schon morgens Schnaps. Pu. reagieren, kein Tremor, Reflexe nicht gesteigert. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Keine neuritischen Erscheinungen.

21. 5. Ruhig im Bett. Natürlich, zugänglich, bestreitet Halluzinationen. Gute Erinnerung an die früheren Aufnahmen hier. Sei damals „überzwerch" gewesen. Schildert anschaulich die erste Erkrankung; es kam ganz plötzlich. 4—5 Männer sprachen vor der Tür. Die Kessel aus seiner Fabrik seien in die Luft geflogen, die Schiffe im Neckar fingen an zu brennen. Viel Angst er werde umgebracht. Seine Mutter, glaubte er, läge in der Leichenhalle, auf einmal trat sie ihm entgegen. Die Stimmen stellten Fragen an ihn „wie in der Schule." Hatte Geschmack nach Chloroform. Hörte Befehle. In der Zelle des Krankenhauses sah das Licht an der Decke wie eine alte Frau aus, aus deren Mund kleine Flämmlein auf ihn zu kamen. Er wurde auf eine Feuerwehrleiter gesetzt und in den Neckar gefahren; dort wurde die Leiter umgekippt, in Mannheim an der Brücke kam er wieder heraus u. s. w.

Das Erzählen macht ihm Freude; volle Einsicht für die erste Erkrankung. Diese Einsicht sei erst nach der zweiten Entlassung gekommen.

Seitdem fast ununterbrochen von Zeit zu Zeit Stimmen.

7. 7. Arbeitet ausserordentlich eifrig im Garten. Schiebt selber alle Schuld auf den Alkohol. Will Guttempler werden.

22. 7. 1904. Entlassen.

5. Aufnahme 15. 9. 1904. Polizeilich nach wiederholten Eigentumsverbrechen eingeliefert. Jedesmal vom Bezirksarzt exkulpiert. Unverändert. Ruhig. Fängt bald an zu arbeiten. Wenn er die Augen schliesst, sieht er, was er sehen will. Lebhaft, natürlich.

10. Geordnet, lenkbar, fleissig, kommt aber leicht in Affekt. Grosse Versprechungen. Sorglos, heiter.

Es handelt sich um einen psychopathisch belasteten jungen Menschen mit normaler Entwicklung, welcher nach einem unregelmäßigen ausschweifenden Leben von mehreren Jahren im Alter von 22 Jahren im Anschluss an Trinkexzesse eine akute Psychose bekommt, die zum mindesten grosse Ähnlichkeit mit einer Alkoholhalluzinose hat. Dieselbe klingt im Lauf von einigen Monaten langsam ab. Es kommt zu Krankheitseinsicht. In den darauffolgenden Jahren führt der Kranke in der Gross-

stadt weiter ein unstätes Leben und trinkt zeitweise stark. Er halluziniert von Zeit zu Zeit und bekommt gelegentlich Erregungszustände. Seine Halluzinationen schildert er der Hauptsache nach als Nachklingen von wirklich gesprochenen Worten oder als Nacherleben von wirklich erlebten Situationen; er ist jederzeit imstande, bei Augenschluss Bilder und Szenen zu sehen. Verblödung tritt nicht ein; der Kranke bleibt zugänglich, natürlich, er arbeitet fleissig, solange er unter Aufsicht ist, kann sich aber in der Freiheit nicht halten, gerät in schlechte Gesellschaft, stiehlt und trinkt. Seine Intelligenz sei keineswegs schlecht.

Dass E. ein haltloser Dégénéré ist, dürfte keinem Zweifel unterliegen. Aber welche Bedeutung haben seine psychotischen Zustände und namentlich der erste, längerdauernde? Dass derselbe vor allem im Beginn den Eindruck einer akuten Alkoholhalluzinose macht, ist erwähnt worden. Auffallend ist aber einmal das jugendliche Alter des Patienten, ferner die zahlreichen phantastischen Gesichtstäuschungen und deliranten Halluzinationen, die gar nicht an das „Beschäftigungsdelirium" der Alkoholdeliranten erinnern, sondern vielmehr an die Sinnestäuschungen in Dämmerzuständen hysterischer Personen. Ungewöhnlich sind auch die vielfachen phantastischen abnormen Sensationen, schliesslich die kurze Dauer der Trinkexzesse (nur wenige Tage), die die Erkrankung auslösten. Es wird alles in allem nach der vorliegenden Krankengeschichte kaum möglich sein zu entscheiden, ob es sich um eine Alkoholhalluzinose bei einem pathologischen Individuum handelt, oder um eine ganz andersartige Psychose, die etwa dem Entartungsirresein angehört, oder schliesslich um eine Mischung von beiden. In letzterem Falle wäre es ebenso wenig möglich, mit Bestimmtheit die Symptome auseinanderzuhalten, welche als degenerative, und welche als alkoholische aufzufassen sind.

Noch schwieriger kann die ätiologische Deutung psychotischer Zustände werden, wenn sich, wie ich es mehrmals gesehen habe, bei einem Trinker ausser degenerativer Anlage epileptoide Symptome finden, welche im Anschluss an ein Schädeltrauma aufgetreten sind.

Schwierigkeiten anderer Art bieten die folgenden beiden Fälle:

V.

Philipp Gü. aus S., geb. den 17. 1. 1866. Über Geisteskrankheiten in der Familie nichts bekannt. Nach dem Pfarramtszeugnis in der Schule träge und dumm, eigensinnig und jähzornig. Mangelhafte Erziehung. Hat Klempnerei erlernt. 1884 in die Fremde. Keine Krämpfe. Seit Jahren Schnapstrinker. Von 1893 bis 1902 22 mal wegen Bettelns und Landstreichens bestraft, 3 kleine Strafen wegen Diebstahls usw.

Am 23. 3. 1899 wegen Bettelns in das Amtsgefängnis in Buttstädt. Während der Haft am fünften Tage erregt, sah Hunde und Männer mit Revolvern, hörte im Keller Menschen sprechen, die ihn umbringen wollten, schrie, tobte. Wurde ins Krankenhaus gebracht, entfloh aber aus demselben und lief in das Gefängnis zurück, weil er sich dort sicherer fühlte.

30. 3. 1899 in die psychiatrische Klinik zu Jena*). P. S. R. stark gesteigert, Patellarklonus, Ach. S. R. gesteigert. Gleichmütig, heiter, ruhig. Feinschlägiger Tremor der Zunge und Finger. Habe niemals ein Delir gehabt, auch jetzt nicht. Im Gefängnis seien im Strohsack seines Bettes Männer und schwarze Katzen gewesen, draussen sei der Amtsrichter gestanden und habe davon gesprochen ihn umzubringen.

31. 3. Hat gut geschlafen, drängt auf Entlassung. 5. 4. hält an der Wirklichkeit der im Gefängnis erlebten Dinge fest. Arbeitet. 10. 4. Ruhig, geordnet, will sich Arbeit suchen, bestreitet geisteskrank gewesen zu sein.

11. 4. 1899. Gebessert entlassen. Diagnose: abgelaufenes Delir. potat.

Nach der Entlassung wandte er sich nach Buttstädt, um seine Papiere zu holen; musste noch 2 Tage nachträglich absitzen. Gleich am ersten Tage ging die gleiche Geschichte wieder los (spätere Angabe des Kranken): an der Tür sprachen ein par Kerle leise davon, ihn im Schlaf zu überfallen. Nach Strafende lief er hintereinander 8 Stunden weit, um seine Verfolger los zu werden. Wanderte, fand keine regelmäßige Beschäftigung,

Am 20. 5. desselben Jahres wegen Vagabondierens ins Amtsgefängnis V. Von Anfang an schlaflos und lärmend. Glaubt sich verfolgt. Verbarrikadiert sich, im Strohsack stecken ein par Burschen, die durchaus nicht herauszubekommen sind.

27. 5. 1899. Zweite Aufnahme in die Jenenser Klinik. Schwitzt stark, unruhiger, leicht gespannter Gesichtsausdruck,

*) Mit gütiger Erlaubnis von Herrn Geheimrat Binswanger.

zittert stark, gibt erregt Antwort; sei nicht krank, werde nur verfolgt von den Kerlen aus Buttstädt. In V. seien sie mit Waffen in seine Zelle gedrungen um ihn zu morden. Verwahrlost, Kontusionen, Puls 120. Zunge stark belegt. Harn frei von Eiweiss. Unsicherheit der feineren Bewegungen, Zittern, Romberg; Pu. reagieren normal. Reflexe sämtlich etwas gesteigert. Sprache etwas stolpernd.

Orientiert, ruhig. Kongestioniert, im Gesicht dicke Schweisstropfen. Geordnet, prompte Antworten. In V. habe er grosse Angst gehabt, hörte: lebend kommt er diesmal nicht heraus. Zwei Jungens hätten im Strohsack gelegen und sich gegenseitig zugerufen: Karl, gib ihm eine! Gleichzeitig hiess es draussen: Wir müssen sehen, wie wir die Jungens wieder herauskriegen. Als der Aufseher hereinkam, waren die beiden auf rätselhafte Weise verschwunden. Eine ganze Woche lang jede Nacht „derselbe Zauber". Konnte nicht schlafen, stand beständig an der Tür auf der Lauer.

28. 5. Hat gut geschlafen, ruhig, keine Angst. Fühle sich hier sicher. 29. 5. Geht mit zur Arbeit. Hält fest an der Wirklichkeit der Erlebnisse in B. und V. 30. 5. Die Söhne des Krankenwärters in Buttstädt hätten ihn erschiessen wollen. Könne sich nicht erklären, wie die beiden immer wissen konnten, wo er gerade war. Es sei wohl Rache von ihnen dafür, dass er ihnen gedroht habe, als sie ihm Gespenster vorzaubern wollten. 10. 6. Scheu, finster, ohne Einsicht. 1. 7. Allerlei kleine Wünsche, pocht auf jede Arbeitsleistung. 15. 7. Arbeitet regelmäßig, aber ohne viel Energie. 10. 8. Dauernd fleissig und geordnet, aber finster, scheu und zurückhaltend. 1. 11. Immer sehr fleissig, etwas geselliger und offener. 1. 2. 1900. Unverändert. Finster, verdrossen, arbeitet in der Stadt. 1. 3. Hält an allem fest. 15. 3. Negiert die halluzinatorischen Erlebnisse.

19. 3. 1900 gebessert entlassen.

1901 und 1902 7 mal wegen Bettelns und Landstreichens verurteilt, zuletzt am 6. 8. 1902 mit einer Woche Haft und Überweisung. Am 19. 8. 1902 ins Arbeitshaus eingeliefert. Führte sich dort anfangs gut, war fleissig und arbeitsam. Anfang Oktober meldete er sich beim Arzt wegen Kopfschmerzen und Stechen im Körper. Führte dieselben darauf zurück, dass er magnetisiert werde. Die Söhne des Aufsehers von Buttstädt hätten ihm einen Magneten in sein Bett genäht. Unruhiger Schlaf. Am 26. 10. sehr höflich gehaltenen Brief an das Bürgermeisteramt in Buttstädt: es sei im März 1899 einer in seiner Zelle gewesen, der sich mit Zauberei und den Künsten des Magnetismus beschäftigte usw., er wolle nach seiner Entlassung nach B. kommen und Entschädigung beanspruchen.

18. 11. 1902 Überweisung in die Heidelberger Irrenklinik. Völlig geordnet. Bestreitet, in Jena damals ein Delirium gehabt zu haben. Will sich beschweren wegen des Magnetisierens und wegen der Schattenbilder, die man ihm in B. gemacht habe. Vor März 1899 habe er nie so etwas gemerkt. Sehr genaue zeitliche Angaben über die Zeit nach der zweiten Entlassung aus Jena. 6 Tage danach hätten ihn die beiden Buttstädter überfallen, betäubt und bestohlen. Als er erwachte, lag er im Grase und alle seine Sachen waren fort. Im folgenden Winter wurde er von ihnen mit drei anderen zusammen abermals betäubt und bestohlen. Im Arbeitshaus ist „mit dem Magneten in die Stube hineingeworfen worden". Die beiden sollen ihr Alibi nachweisen. Lebhaft, geordnet, geht auf alles ein; auffallende Ausdrücke nur, wenn er auf seine Sinnestäuschungen zu sprechen kommt. Kenntnisse sehr dürftig.

14. 12. Fleissig, nicht stumpf. Hält an allem fest. Die aus B. sind auch hier hinter ihm. Es ist ständig ein unangenehmer süsslicher Magnetgeruch um ihn. Dieser Geruch war auch im Arbeitshaus, er fing etwa vor einem Jahre an. Datiert den Beginn der Verfolgungen mit grosser Konstanz auf den Aufenthalt in B. (März 1899). Behauptet jetzt, es habe auch damals in der Zelle schon so eigentümlich gerochen. Er habe die Schattenbilder der beiden Söhne des Aufsehers gezeigt bekommen, habe sie damals noch nicht gekannt, aber sie später in zwei angeblichen Wanderburschen wiedererkannt, die sich ihm anschlossen. Hier ist es manchmal, als wenn mit einem Brennglas auf der Hand herumgebrannt wird, das zieht dann in die Zehe und ins Ohr. Besonders nachts merkt er einen scharfen Geruch.

15. 1. 1903. Arbeitet fleissig. Zeitweise hypochondrische Klagen. Schiebt alles auf die Buttstädter.

15. 2. Unverändert; manchmal unwirsch, setzt Arbeit aus.

15. 3. Mehrtägige Erregung, in der er Gegenstände zertrümmert. Im Bade Beruhigung; bittet danach wieder um Arbeit.

10. 4. Die alten hypochondrischen Klagen. Arbeitet fleissig in der Schneiderstube.

26. 5. Unverändert. Geordnet, fleissig, gleichmäßig. Fluchtpläne. Für die akute Zeit ganz einsichtslos. Hat wohl manches vergessen, dazu Erinnerungsfälschungen und Verarbeitung im Sinne seines Wahnes. Beschwert sich öfter über Gerüche und Schmerzen, die durch Magnetisieren gemacht würden. Dauernd etwas zurückhaltend und misstrauisch.

25. 6. Es sei nach März 1899 jedesmal von neuem in der gleichen Weise losgegangen, sobald er in Haft kam. Aber auch auf der Strasse war er nicht frei davon. Jetzt ist ihm an manchen Tagen, „als wenn der Magnet ins Ohr gesteckt werde".

28. 7. Unverändert. Führt immer das grosse Wort, hetzt gern, aber selber harmlos. Hat einen Brief an das Amtsgericht Buttstädt abgesandt, in dem er um Nachforschung bittet.

3. 8. Wieder mehr Halluzinationen, namentlich des Geruchs, aber auch des Gehörs. Projiziert alles. Lebhaft, nicht gleichgültig. Droht mit gerichtlicher Verfolgung.

6. 8. 1903 in die Pflegeanstalt. Dort unverändert. Einigermaßen systematisierter Wahn, mehrsinnige Halluzinationen, „vollständig können sie einem die Gedanken weg nehmen". Ruhig, geordnet, fleissig bei der Feldarbeit. Hetzt.

19. 9. 1904. Bei Besuch in der Anstalt: ganz unverändert.

Wenn wir die chronische Psychose dieses Kranken als eine alkoholische auffassen, so können wir uns dabei nur darauf stützen, dass der Patient ein Trinker war, und dass seine Erkrankung allem Anscheine nach mit einer akuten Phase begonnen hat (März 1899), die als Delirium tremens gedeutet worden ist. Klinisch beobachtet ist dieselbe nicht, und nach den vorliegenden kurzen Angaben war es wohl zum mindesten kein typisches Delir; eher liesse sich noch an eine akute Halluzinose denken. Die zweite akute Phase im Mai desselben Jahres kommt für die Entwicklungsgeschichte der Krankheit nicht in Betracht, da wohl zweifellos der Kranke in der Zwischenzeit nicht gesund war, und da er selber mit grosser Bestimmtheit stets den Beginn seiner Verfolgungen auf die Buttstädter Zeit datiert.

Selbstverständlich würde selbst der sichere Nachweis, dass es sich um ein typisches Delir oder eine typische Alkoholhalluzinose nicht gehandelt hat, noch nicht gegen die alkoholische Natur der im Anschluss daran zur Beobachtung gekommenen chronischen Psychose zu verwerten sein. Vielleicht stellt sich heraus, dass die initialen akuten Phasen bei chronischen Alkoholpsychosen stets atypisch sind. Jedenfalls ist eine solche Einzelbeobachtung nur mit Vorsicht zu verwerten. Aus dem späteren Zustandsbild, das Gü. darbot, sind wohl kaum Rückschlüsse auf die alkoholische Ätiologie seines Leidens möglich. In Betracht zu ziehen ist als ursächlicher Faktor auch die Haft, unter deren Einfluss wir, vor allem bei Degenerierten, oft genug halluzinatorische Episoden auch ohne Alkoholmissbrauch sich entwickeln sehen.

VI.

Karl Heinrich Ni. aus H. Uhrmacher, geb. 4. 1. 1873. Vater ist an einem Rückenmarksleiden gestorben; Mutter gesund; zwei Geschwister leben, sollen nervös und hitzig sein. Mittlerer Schüler. Hat ausgelernt. 1893—95 beim Militär, gute Führung, keine Strafen. Danach bei seinem früheren Meister 4 Jahre Geschäftsführer. Solides Leben. 1899 eigenes Geschäft. Dasselbe ging nur kurze Zeit gut. Trinkt seit 3—4 Jahren gern. Hat viel in Wirtschaften zu tun mit Verkauf von Musikautomaten. Schon seit längerer Zeit morgentliches Erbrechen. Zerwürfnisse mit der Familie. Zog im Sept. 1903 von der Mutter fort. Trank noch mehr.

Kam am 21. 4. 1904 zur Schwester, erzählte aufgeregt, die Polizeidiener kämen, die Leute liefen ihm nach, die Kinder schrieen; sprach auch von hypnotisieren. Hörte sprechen. Arbeitete trotzdem weiter. Am 22. 4. arbeitete er „wie rasend“ in seinem Geschäft. Am 23. 4. sehr aufgeregt, er werde eingesperrt werden.

I. Aufnahme in die Heidelberger Klinik am 23. 4. 1904. Geordnet, gibt gut Auskunft, leichte motorische Unruhe. Nicht ängstlich. Injizierte Conjunctivae, vermehrte Schweisssekretion; etwas unsichere Bewegungen. Orientiert. Glaubt aber nach 1½ Stunden schon mindestens 4 Stunden hier zu sein. Grosser kräftiger Mann; Pu. reagieren. Keine Facialisdifferenz. Grober Tremor der Zunge. Flattern der Gesichtsmuskulatur. P. S. R. lebhaft. Leicht stolpernde Sprache, Radialarterie hart, Puls 100. Herz etwas nach links verbreitert. Starker feinschlägiger Tremor der gespreizten Finger. Starkes Schwanken bei Stehen mit geschlossenen Augen. Urin enthält reichlich Eiweiss.

Sieht bei Druck auf die Bulbi einen Esel und darauf einen Mann mit einem Rausch. Lacht dazu. Auf Suggestion läuft er in die Zimmerecke, um etwas zu greifen. Lässt sich suggerieren, dass er Geldstücke in der Hand habe. Ausgesprochene Confabulationen bei der Aufgabe, ein vorgezeigtes Bild zu beschreiben. Starker Tremor bei Schriftprobe.

Zwei Stunden später liegt er schweissbedeckt, gepresst atmend und mit ängstlichem Gesichtsausdruck im Bett, erkennt den Arzt nicht, glaubt auf dem Schwurgericht zu sein. Auf energischen Hinweis richtige Angabe über den Ort. Behauptet schon mehrere Tage hier zu sein. Lässt sich Tiervisionen suggerieren. Jedoch motorisch ganz ruhig, kein Beschäftigungsdelir. Bleibt im Bett.

24. 4. Nachts häufig aus dem Bett gegangen. Hat stundenweise geschlafen. Heute: desorientiert, sei schon 4 Tage hier, sei wegen Erbschaftsangelegenheiten verhaftet. Bei Druck auf

die geschlossenen Augen: „Ein roter Fleck, ein Hundekopf, ein Spitz, ... noch einer; der zweite stets umgekehrt wie der erste, ein grosser Jagdhund" usw. Ist ruhig, schläfrig. Erzählt, er habe nachts an den 7 (!) Ecken des Zimmers Gestalten gesehen, die ihn gefragt hätten; in der einen seine Mutter, in der andern Gott; er wurde examiniert wegen seines Glaubens. Gibt 6—8 Glas Bier, 3—4 Viertel Wein und einige Schnäpse zu.

25. 4. Müde. Tremor, Kopfschmerzen. Keine Druckvisionen mehr auslösbar. Sieht ein, dass die Erlebnisse krankhaft waren. Eiweiss im Urin verschwunden.

26. 4. Schlaff, fühlt sich zerschlagen. Genau orientiert. Erklärt die Erlebnisse für krankhaft, erzählt dagegen eine Geschichte, die ihm im vorigen Herbst wirklich passiert sein soll (s. u.).

30. 4. Immer noch matt, schläft schlecht.

2. 5. Hält noch immer an der Realität der Vorgänge im vorigen Herbst fest. Angaben wechseln in den Details etwas. Erzählt darüber: Im Sept. v. J. zog er von seiner Mutter fort und wohnte zunächst 3 Tage im Wirtshaus. Am vierten Tage holte er sich abends einige zurückgebliebene Sachen von der Mutter. Es fiel ihm auf, dass er ungewöhnlich freundlich behandelt wurde. Kurz darauf hörte er: „Den haben wir." Seine Schwester führte ihn in ein Zimmer mit einem besonders schönen Bett. Er legte sich, gleich darauf wurde es völlig dunkel, dann „kamen Scheinwerfer und kleine Punkte wie Brillanten". Er musste ganz starr liegen, musste auf alles antworten. Der, der ihn fragte, hat alles gewusst von seinem 6. oder 8. Lebensjahr an (Pat. gibt bald an, es sei ein amerikanischer Professor, bald sein Bruder, dann wieder eine Dame gewesen). „Dann gingen die Bilder los: was ich mit meiner Mutter mache, wenn sie auf dem Sterbebette liegt, ob ich an Gott glaube usw". Das ganze habe ca. 4 Std. gedauert. Es war, als ob ein übermäßiger elektrischer Strom durch seinen Körper ging, er spürte, dass die Fussgelenke geschwollen waren. Durch das Fenster sah er einen Helm blitzen. Dann hörte er wieder: „er hat ein nasses Auge, er weint, jetzt können wir nichts machen". Darauf musste er heraus aus dem Bett und pantomimisch vormachen, wie man Bier einschenkt, wie man sich benimmt, wenn man mit einem Rausch nach Hause kommt u. ähnl. m. Nach alledem sei er ganz schwach geworden, sei bis zum nächsten Morgen um 10 Uhr liegen geblieben. Er selber habe nie über den Vorfall gesprochen, auch seine Schwester nicht. Er erkannte aber an den Mienen der Hausbewohner, dass sie von der Geschichte wussten. Er hörte sogar, wie ein Mann auf dem Hofe einem andern davon erzählte.

Getrunken habe er an dem fraglichen Tage nur 2 Glas Bier.

Nach diesem Erlebnis sei er immer aufgeregt gewesen, doch sei nichts ähnliches wieder vorgekommen.

5. 5. Hat besser geschlafen. Erzählt, dass er in der Zeit vor der Aufnahme eine „sehr lebhafte Phantasie“ gehabt habe: er konnte z. B. aus einem feinen Gitter einen Menschenkopf heraussehen. — Gar kein Entlassungsdrang.

9. 5. 1904. Keine akuten Erscheinungen mehr. Korrigiert noch nicht völlig. Auf Wunsch der Angehörigen entlassen.

II. Aufnahme 2. 9. 1904. Hat seither sein Geschäft gut versehen, ist den Angehörigen als geistig normal erschienen, war liebevoll gegen die Mutter, hat von Wahnideen nichts erzählt, hat aber bald wieder angefangen zu trinken. Am 1. 9. hat er wieder, wie das erste Mal, „riesig gearbeitet“, und zwar angeblich gut, er glaubte, alle Leute warteten auf seine Arbeit. In der darauffolgenden Nacht lief er nackt in den Strassen der Stadt herum, erzählte den Schutzleuten, sein Bruder und noch andere Leute seien an sein Bett gekommen, um ihn zu erschiessen. Spricht mit Galgenhumor: er solle hingerichtet werden, sieht viele Gestalten.

Bei der Aufnahme orientiert, erkennt den Arzt wieder. Kein deutlicher Tremor. — 2 Stunden später voller Angst im Bett, hört Stimmen, er werde ins Gefängnis kommen. Antwortet zum Fenster hinaus. Entsinnt sich gut seines ersten Aufenthaltes. Sagt dazwischen: „Entschuldigen Sie, der Herr Professor ruft, der Ni. soll kommen.“ Er habe gestern den verlorenen Sohn spielen müssen bei den Katholiken; das Hirn sei ihm dabei verbrannt worden, dreimal habe man ihn mit Röntgenstrahlen behandelt, nur durch einen Zufall sei er überhaupt davongekommen. Damen seien in der Luft herumgeflogen, er sei mit Gesang verfolgt worden. Ein „fliegendes Gewebe“, ein „gewebartiger Gesang“ führte ihn; als er auf den Bahnhof wollte, wurde der Strom an dem ersten Gewebe etwas stärker gemacht. Dann musste er mit Gewalt in die Kirche, von da den Weg ins Gefängnis. — Wird durch Stimmen unterbrochen und abgelenkt. Druckvisionen sehr spärlich, Tasthalluzinationen nicht zu suggerieren. Feinschlägiger Tremor.

3. 9. Sehr erhebliche Schmerzen bei Druck auf Muskeln und Nervenstämme der unteren Extremitäten bei Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit der Haut. Schwäche des l. Peronaeus. P. S. R. fehlt rechts, ist links sehr schwach. Keine Ach. S. R. Auf dem linken Auge beim Blick nach aussen nystagmusartige Zuckungen. Im Urin Eiweiss und Zucker (Gährungsprobe). Puls 54.

4. 9. Ruhig. Wird von Stimmen über alles mögliche gefragt, und muss Antwort geben. Hört, er dürfe keinen Alkohol

mehr trinken, dann: er solle sich die Extremitäten ausreissen. Hat allerlei Gestalten gesehen; sein Glied ist steif gemacht worden und vor dem Fenster hat eine ganze Gesellschaft zugesehen. Gibt Möglichkeit der Täuschung auf Vorhalt zu. P. S. R. rechts nicht auslösbar, links schwach. Grosse Schmerzempfindlichkeit der Nervenstämme. Kein Eiweiss mehr im Urin, aber noch Zucker.

7. 9. Ruhig und geordnet. Kongestioniertes Gesicht. Viel Schweiss. P. S. R. wie oben. Alle Bewegungen hastig und ungeschickt. — Es sei ihm alles wie ein Traum, was er erlebt habe. Will jetzt keine Stimmen mehr hören. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

14. 9. Steht auf. Geordnet, orientiert, freundlich. Korrigiert noch nicht alles. P. S. R. l. > r.; Ach. S. R. vorhanden, gleich; Muskeln und Nerven nicht mehr druckempfindlich.

16. 9. Macht ausführliche Angaben über seinen Lebenslauf. Erzählt die Geschichte aus dem Herbst vorigen Jahres wie früher. Weicht Fragen, ob er bei seinem ersten Aufenthalt hier geisteskrank gewesen sei, aus; er sei furchtbar aufgeregt gewesen. Gibt Potus für die Zwischenzeit zu, habe aber auch viel Ärger gehabt. Will den Sommer über keine Stimmen gehört haben, nur gelegentlich einmal eine Viertelstunde lang, wenn er auf nüchternen Magen getrunken hatte.

28. 9. Hat sich körperlich gut erholt. Hat eine leidlich gute Einsicht für die beiden akuten Erkrankungen, wegen deren er in die Klinik gebracht worden ist. Das ganze komme ihm wie ein Traum vor; er habe wohl „gesponnen“ infolge vielen Trinkens. Dagegen hält er unweigerlich fest an der Realität der Erlebnisse im Sept. vor. Js. Stellt dieselben in Gegensatz zu den beiden anderen Zeiten; hat gar keine Einsicht dafür; das könne damals nur durch andere gemacht worden sein, es war nichts krankhaftes.

Oktober. Heiter, sorglos. Begehrt nicht fort. Beschäftigt sich nur wenig. Korrigiert die Erlebnisse der letzten Erkrankung, die der vorletzten vielleicht nicht mehr vollständig. Hält fest an der Wirklichkeit der Vorgänge im September 1903.

10. 11. Unverändert; auf Wunsch der Schwester nach Hause entlassen.

Hier handelt es sich um einen 33 jährigen Menschen, der seit 3—4 Jahren stärker trinkt und eine kurze akute Psychose durchmacht, die wohl nur als eine der nicht seltenen Übergangsformen zwischen Alkoholhalluzinose und Delirium tremens aufgefasst werden kann; akuter Beginn mit Gehörstäuschungen ängstlichen Inhaltes und Verfolgungsideen; Tremor, Schweiss,

Druckvisionen, Suggestibilität, zeitweise delirante Desorientierung, 2 Tage lang Eiweiss im Urin; aber nur geringe motorische Unruhe und kein typischer, kritischer Schlaf. Dauer 4 Tage. Einsicht.

Danach anscheinend gesund. Trinkt weiter. 4 Monate später eine zweite ganz akute Erkrankung mit Angst und auffallendem Benehmen. Im Vordergrund stehen diesmal Gehörshalluzinationen, höchstens Andeutungen von delirantem Verhalten. Eigenartige Wahnideen, sonderbare Kunstausdrücke. Imperative Halluzinationen und Sensationen. Dazu ausgesprochene Polyneuritis, Peronaeusschwäche, Pulsverlangsamung und mehrere Tage lang Eiweiss und Zucker im Urin. Nach einigen Tagen Schwinden der Sinnestäuschungen, später auch der neuritischen Symptome. Allmählich völlige Einsicht.

Diese zweite akute Phase entspricht in ihren wesentlichen Zügen dem Bilde der akuten alkoholischen Halluzinose. Delirante Symptome sind nur wenige beigemischt. Bemerkenswert ist der rasch vorübergehende Befund von Eiweiss und Zucker im Urin. Ungewöhnlich sind aber die eigenartigen Wahnideen, von denen er aus dem Beginn der Krankheit berichtet, sowie einige Züge während der Beobachtung in der Klinik. Sie müssen jedenfalls den Verdacht nahe legen, dass es sich um mehr als eine einfache Alkoholhalluzinose handelt.

Nun erzählt der Kranke selber noch von einem kurzen psychotischen Zustand, den er ein halbes Jahr vor die erste Erkrankung datiert. Objektive Angaben über denselben liegen nicht vor, die Angehörigen wissen nichts davon. Nach der Schilderung des Patienten ist es am wahrscheinlichsten, dass es sich um einen motorischen Zustand gehandelt hat. Derselbe wird im Gegensatz zu den beiden anderen akuten Phasen nicht als krankhaft anerkannt.

Ein Anhalt, diesen Zustand als einen alkoholistischen zu deuten, liegt nicht vor; vielmehr wird man ihn als Symptom eines anderweitigen psychischen Leidens zu betrachten haben. Auch wenn wir annehmen, dass es sich etwa um einen der bei Trinkern vorkommenden Angstanfälle gehandelt habe, so müssten wir weiter die Annahme einer späteren Fälschung in der Erinnerung und wahnhafter Verarbeitung machen.

Die allerdings nur kurze weitere Beobachtung des Ni. nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen hat keine sicheren Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer chronischen Psychose ergeben. Die auffallende Sorglosigkeit kann auf Rechnung des chronischen Alkoholismus geschoben werden. Verdächtig wäre höchstens die Notiz, dass er dem Anschein nach die früher vorhandene Korrektur für den ersten delirant-halluzinatorischen Zustand nachträglich wieder verloren hat.

Wenn nun aber, was nach dem Gesagten in den Bereich der Möglichkeit gezogen werden muss, Ni. über kurz oder lang chronisch geisteskrank werden würde, so wären wir vor die Entscheidung gestellt, ob die dann bestehende chronische Psychose als eine alkoholische aufzufassen wäre. Die Schwierigkeit dieser Entscheidung erhellt ohne weiteres aus den Schwierigkeiten, die bereits der Beurteilung eines Teiles seiner akuten Zustände entgegenstehen. Dass zum mindesten bei dem zweiten und dritten der Alkoholmissbrauch eine sehr wesentliche ätiologische Rolle gespielt hat, dass möglicherweise sogar der zweite als rein alkoholisch bedingt aufgefasst werden kann, werden wir nach unseren derzeitigen klinischen Erfahrungen als sicher annehmen müssen. Daneben spricht aber mancherlei (namentlich die erste Episode und die eigenartige Färbung der dritten) dafür, dass möglicherweise noch ein anderer, vielleicht erst in der ersten Entwicklung begriffener chronischer psycho-pathologischer Prozess vorhanden ist, welchen als einen alkoholisch bedingten aufzufassen wir vorläufig keinerlei Grund und keinerlei Recht haben.

Würde Ni. jetzt oder nach einer späteren akuten Attacke chronisch geisteskrank, so läge es ohne genaue Kenntnis der Anamnese nahe, ähnlich wie bei einer Reihe von in der Literatur mitgeteilten Fällen an eine chronisch gewordene Alkoholhalluzinose oder an einen Endzustand nach einer akuten Alkoholparanoia zu denken. Die Berücksichtigung aller klinisch beobachteten Einzelheiten warnt uns vor dieser Auffassung. —

Kraepelin verlangt für seine Gruppe des halluzinatorischen Schwachsinns der Trinker nicht nur die Herausentwicklung aus einer akuten alkoholischen Phase, sondern auch ein spezifisches symp-

tomatologisches Zustandsbild. Die Zahl seiner dahin gehörigen Beobachtungen ist noch keine sehr grosse, die Fälle zeigen untereinander auch mancherlei Verschiedenheiten, von denen es sich noch nicht sagen lässt, ob sie wesentlich oder nicht wesentlich sind. Kraepelin spricht deshalb selber nur von einer vorläufigen Zusammenfassung. Die Wiedergabe eines Teiles der Fälle — der am meisten typischen wir mir scheint — geschieht an dieser Stelle mit gütiger Erlaubnis Herrn Professor Kraepelins. Es ist versucht worden, aus den Strafakten, durch Einforderung von Schulzeugnissen, Militärpapieren usw. die Anamnesen zu vervollständigen.

VII.

Oskar Krau, aus Berlin, geb. 22. 5. 1849, ledig. Spengler. Aus geordneten Verhältnissen. Belastung nicht bekannt. Schlecht gelernt, besonders Rechnen. Nicht Soldat. Mit 23 Jahren kurze Gefängnisstrafe wegen Diebstahls. Mit 25 Jahren erste Bettelstrafe. Bis Anfang 1896 im ganzen 52 Strafen wegen Bettelns und Landstreichens. 6 mal im Arbeitshaus (57 Monate).

Wird am 5. 5. 1896 in der Nähe von Heidelberg aufgegriffen und wegen Bruches der Landesverweisung verhaftet. War Anfang April einige Tage im Würzburger Krankenhaus (wunde Füsse, Kleiderläuse). Hat seitdem nicht gearbeitet. Am Tage nach der Verhaftung lässt er sich vorführen und erklärt: er wisse nicht, was er gestern unterzeichnet habe; er habe gehört, es sei sein Todesurteil gewesen; überhaupt habe er von verschiedenen Seiten vom Totmachen sprechen hören und vor Angst darüber nicht schlafen können. Wird belehrt und gibt sich zufrieden. Macht dem Beamten den Eindruck eines Simulanten. In der folgenden Nacht äusserst aufgeregt, zahlreiche Verfolgungsideen; 2 Männer stecken die Köpfe durch das Gitter und wollen ihn morden. Hört aus der Nebenzelle, er müsse sterben; dazwischen bittet eine weibliche Stimme: lasst ihn, er ist doch kein Stück Vieh. Am 7. 5. örtlich orientiert. Mäßiger Tremor der Finger, Zittern der Zunge, leichte Sprachstörung, gerötetes Gesicht. Gibt zu, in der letzten Zeit aus dem Rausch nicht recht herausgekommen zu sein. Isst nicht, es habe ja vor der Hinrichtung keinen Zweck mehr. Die Verbringung in die Klinik hält er nur für ein Mannöver, um ihn bequemer töten zu können.

Aufnahme in die Heidelberger psychiatrische Klinik am 7. 5. 1896. Tremor der Hände und Zunge. Reflexe lebhaft. Nervenstämme nicht besonders schmerzhaft. Pu. reagieren gut. Leichtes Stolpern beim Sprechen. Leber vergrössert. Herzaktion bei An-

strengung unregelmäßig. Personalien richtig. Orientiert. Er solle hingerichtet werden. 5 Männer sind dabei für 120 Mark. Hat Flaschen klappern hören. Es hiess: Du kriegst Bier. Habe im Gefängnis die Tür mit einem Strohsack verbarrikadiert: „man will doch sein Leben verteidigen." In die Wand waren Löcher gebohrt. Habe noch jetzt schreckliche Angst. Hört auch hier, er werde umgebracht. (Was ist da an der Wand?) „Ein schwarzer Punkt .... jetzt wird er grösser, .. jetzt ist es ein Käfer, .. da kommen Fliegen aus dem Hintergrund .... Fliegen, immer mehr Fliegen". (Was haben Sie jetzt in der Hand?) „Das ist weich .. es wird dicker .. immer dicker .. eine Wurst .. als wenn man eine Wurst in der Hand hat". Betastet das Betttuch: „es sieht aus wie eine Biene, ist aber keine Biene .. was soll da eine Biene daran sitzen?" Bei Druck auf die geschlossenen Augen: „Ein Mannskopf .. ich sehe mich selbst mit meiner Kleidung ... rot und rot mit Tulpen ... ein grosser Spitz kommt ... jetzt dreht sich alles ... jetzt ein Zopf, Figuren, lauter Figuren, es springt einer über den Spitz weg." (Was ist mit Ihnen?) Lachend: „Das ist das Delirium."

8. 5. Nicht geschlafen; ruhig. Es hätten immer Leute zum Fenster hineingeschaut. Habe gestern immer Flocken gesehen. Örtlich nicht genau orientiert. Fragt, ob er durch Ertränken oder durch Chloroformieren seziert werde. „Was ist schmerzloser." Zwischendurch fidel.

9. 5. Hat nicht geschlafen, war sehr unruhig. Sei 8 Tage hier. Habe den Verfolgungswahn gehabt, das Trommelfell sei entzwei, man habe mit seinem Gehirn Kegel geschoben. Fremde Leute trachten ihm nach dem Leben. Äussert sehr grosse Angst bei Verbringung in den Hörsaal. Mischung von Angst und Humor. Er sei ein beliebter Mann und scheide ungern aus dem Leben. „Da ist er ja, der Mann, man kann ihn nicht erkennen durch die Latten, Opium spritzt er immer herüber, hier kommt der Kalk dazu." Halluziniert akustisch während der Unterhaltung. Sieht eine Menge farbiger Puppen, alles ist mechanisch.

10. 5. Hat einen Teil der Nacht geschlafen. Angst, kniet vor dem Arzt; bittet, ihm das Leben zu lassen.

11. 5. Noch nicht orientiert. „Das ist keine ehrliche Hinrichtung, sondern ein gemeiner hinterlistiger Mord." Tremor fast verschwunden. Abends anscheinend ganz frei. Sieht alles als krankhaft ein.

12. 5. Morgens wieder sehr ängstlich, gereizt, grob, schimpft. Hier solle an ihm ein Lustmord verübt werden. 16. 5. Dieselben Verfolgungsideen, verlangt regelrechte gerichtliche Untersuchung. Nicht orientiert. Bezieht vieles auf sich. 17. 5. Unverändert, schreckhaft, schläft wenig, isst genügend. Misstrauisch, will nicht

Auskunft geben. Sehr grob. — In den nächsten Monaten dieselben Wahnideen; Angst, Misstrauen, resignierte Stimmung, Gehörshalluzinationen (er werde gemordet, im Abort ersäuft); verschafft sich einmal ein Messer, um sich gegen seine Feinde zu wehren; bittet, ihn doch wenigstens vorher zu chloroformieren. Dabei aber sehr auffallender, oft ganz plötzlicher Wechsel. Anfangs seltener, später häufiger für kürzere oder längere Zeit halbe oder fast völlige Krankheitseinsicht. Auch zu Zeiten, wo er die Gehörshalluzinationen und die Verfolgungsideen nicht als krankhaft zugibt, korrigiert er die deliranten Erlebnisse der ersten Tage. Einmal behauptet er, die jetzigen Verfolgungen hätten schon im August 1895 begonnen; es sei ihm immer gewesen, als ob über ihn geredet werde; deshalb angeblich häufiger Arbeitswechsel: „Draussen kann man ja den Verfolgungen aus dem Wege gehen."

Im November einige freie Tage, liest viel. Nach 2 Tagen wieder ganz unzugänglich. Ebenso im Dezember. Im Februar und März 1897 wiegen die freien Tage vor.

4. 3. Man kann 3 Zustände unterscheiden: a) unzugänglich, weicht aus, gibt keine Antwort, schimpft. b) Wenig zugänglich, hält an den Ideen fest, spricht aber wenigstens darüber und weicht nicht aus, bittet, ihm doch zum mindesten Chloroform zu geben. c) Heiter, aufgeräumt, Einsicht, alles sei dummes Zeug, spricht mit Humor von seiner Dummheit. Nach seinen Angaben ist stets die Angst das primäre.

In den folgenden Monaten derselbe Wechsel. Im September längere gute Zeiten.

9. 10. 1897 in die Pflegeanstalt. Dort ruhig, ohne Interesse, liest nicht, spielt nicht. Periodisch Zeiten, in denen er den Arzt ängstlich meidet und den Eindruck eines Halluzinanten macht. In den folgenden Jahren unverändert. Meist misstrauisch und zurückhaltend. Mitte 1903 zugänglich, freundlicher, humoristisch, liest viel, verrichtet etwas Hausarbeit, entzieht sich aber noch gern der Anrede und hält an den Verfolgungsideen fest. Januar 1904 fleissig, hat Freude an seiner Geige, glaubt nicht mehr, dass er in die Anatomie solle. Juni. Ruhig, zufrieden, freundlich, arbeitet, spielt Violine, hat spontane kleine Wünsche. August. Gleichmäßig ruhig, arbeitet unverdrossen, gutmütig.

19. 10. 1904. Bei Besuch in der Anstalt: Gute Angaben über Anamnese. Gar keine Einsicht. „In N. (bei der Verhaftung Mai 96) waren sie schwer hinter mir her, die schlagen einen tot für eine Flasche Bier." In Heidelberg habe man ihn sezieren wollen, „Doktors sind Doktors." Vorsichtig in seinen Äusserungen, misstrauisch, wird erst allmählich etwas offener. Sitzt gespannt auf dem Stuhl, achtet auf jedes Geräusch. Völlig geordnet, Bonhommie, rühmt sich, scherzhaft, humoristische Be-

merkungen. Ladet mich zum Schluss zu seiner Sektion ein: „Dann werden Sie auch sagen, Herr Doktor, der arme Teufel hat recht gehabt.“

Bei nachträglicher Durchsicht der Strafakten des Kranken ergibt sich, dass er bereits 1895 eine kurze akute Geistesstörung durchgemacht hat: 21. 10. 1895 in Öhringen wegen Bettels verhaftet. Hat bis vor einigen Tagen gearbeitet. Unterschreibt ohne Tremor. 14 Tage Haft. Schreit in der Nacht zum 27. 10. um Hülfe, steht im blossen Hemd an der Tür, fragt den Amtsdiener, ob er denn die Leute nicht sehe und das Schaffot. Lässt sich beruhigen. In der folgenden Nacht noch unruhiger, sieht Gestalten umherhuschen, man wolle ihn mit einem Strick auf das Schaffot ziehen, kriecht unter die Bettstelle. 28. 10. ins Krankenhaus, Arzt diagnostiziert Alkoholdelir. Strafende 5. 11. Sitzt vom 5.—7. 11. eine Zusatzstrafe ab. Keine weiteren Notizen.

VIII.

Martin Ebe. von B., Bierbrauer, geboren 10. 5. 1856. Mutter soll periodisch geisteskrank gewesen sein. Gut gelernt, jedoch wird berichtet, dass er schon als Knabe seine „Schrullen“ gehabt habe, „gespritzt“ gewesen sei. Wurde Braubursche. Beim Militär Novemb. 1876 bis August 1877. Als dienstuntauglich entlassen, Ohrenleiden angeblich infolge eines Schlages von einem Unteroffizier. Führung befriedigend. Anfang 1878 erste Bettelstrafe. Nach dem Strafregister bis 1895 26 mal bestraft, meist wegen Bettelns und Landstreichens, daneben wegen Ruhestörung und Unfug. 1880 Lues und Bubo, Frühjahr 1881 wegen Kopfschmerzen 14 Tage lang im Spital. Gibt selber an, er fühle sich seit 1880 nicht mehr wie früher, sei zeitweise verwirrt gewesen.

Am 26. 11. 1881 bettelt er in angetrunkenem Zustand, widersetzt sich bei der Verhaftung, prügelt, demoliert, wirft sich an die Erde, renommiert. Gibt nachher Bettel zu, entschuldigt sich mit Trunkenheit. Keine Amnesie. Unterschrift ohne Tremor. 4 Wochen Gefängnis und 3 Wochen Haft. Soll die ganze Zeit etwas aufgeregt gewesen sein. Am 10. 1. 1882 wird gemeldet, dass E. seit einigen Tagen geistesgestört sei (Verfolgungswahn verbunden mit Gehörs- und Gesichtshalluzinationen). Er wird leicht erregt, klagt über nächtlichen Samenfluss, über Schwindel, Sausen, Flimmern; er hört ständig bespottende und beschimpfende Stimmen, wird darüber zeitweise sehr wild und droht. Projiziert auf bestimmte Personen.

Am 23. 1. 1882. Überführung in die Heidelberger Klinik. Er gibt ausführliche Auskunft über sein Vorleben. Aus seinen Angaben wird geschlossen, dass er bereits August 1881 während

einer 6wöchigen Haftstrafe ein leichtes Delirium tremens durchgemacht habe. Die Strafakten enthalten nichts darüber. Während der letzten Strafe habe er nicht schlafen können; neben ihm habe einer gelegen, der, um ihn zu ärgern, immer hustete. Die Leute hätten fortwährend die Augen auf ihn gerichtet. Allerlei vage Sensationen. Blickt meist scheu vor sich hin; mitunter lebhafter Affekt.

31. 1. Ruhig, geordnet, isst und schläft gut. Fast täglich neue hypochondrische Klagen; seine Zunge ist zu gross, stosse gegen die Zähne, bittet, ihm ein Stück abzuschneiden; er müsse fortwährend spucken. -- In der nächsten Zeit manchmal fleissig bei der Arbeit, dann wieder erregt, läuft in possenhaftem Aufzug einher, nennt sich Freiherrn von Ebe., früheren Artillerieoffizier. Vieles sieht theatralisch aus.

16. 3. 1882 als geheilt entlassen.

Im Juni desselben Jahres im Krankenhaus Karlsruhe: keine Zeichen von Geistesstörung, aber geistesschwach.

August 1882 wird Wiederaufnahme in die Klinik beantragt, aber abgelehnt.

Bettelt weiter. Oft bestraft. In den Strafakten, soweit sie noch vorhanden, keine Notizen über Geistesstörung.

Am 17. 12. 1895 wieder einmal aufgegriffen, stark angetrunken. In Haft. Verhandelt am 3. 1. 96. Verteidigt sich nach dem Protokoll lebhaft und nicht ungeschickt. Wegen Bettelns verurteilt. Nach dem gerichtsärztlichen Zeugnis vom 24. 12. 1895: körperlich gesund, chronischer Alkoholismus. Am 18. 2. ins Arbeitshaus überführt. Bei der Einlieferung schon auffallendes Benehmen. Gibt an, seit Sept. vor. Js. (seit der letzten Inhaftierung) nicht recht im Kopf zu sein, habe Figuren und Männchen, Leichen und Begräbniszüge gesehen, Angst. Das habe 3 — 4 Wochen gedauert, nur die Stimmen hätten fortbestanden. Im Arbeitshause vertrug er sich schlecht, die anderen schauen ihn an und verhöhnen ihn, Stimmen fragen ihn, ob er Bier trinken wolle, sagen ihm, er werde bald entlassen. Singen und Summen im Kopf. Dabei blühendes Aussehen.

II. Aufnahme in die Klinik am 20. 4. 1896. Facialisschwäche links. P. S. R. gesteigert. Feinschlägiger Tremor der Hände. Silbenstolpern, Pupillen eng, reagieren prompt. Kein Romberg. Ruhig, besonnen, orientiert. Sachgemäße Antworten. Erinnert sich gut an den ersten Aufenthalt. Gibt zu, seit dem 18. Jahre zu trinken. Bei der Arbeit 15—16 Glas Bier. Später auf der Wanderschaft mehr Schnaps. Gute Angaben über seine jetzige Krankheit (wie oben). Habe auch früher schon ähnliche Zustände gehabt. Nie Krämpfe, nie Ohnmachten.

Von Anfang an zeitweise sehr erregt, macht bestimmten

Wärtern Vorwürfe über sexuelle Attentate an seiner Person. Bezieht Äusserungen anderer auf sich. Deutliche Periodizität. Fängt ohne erkennbaren Grund plötzlich an zu schimpfen, dass man ihn „anhauche". Meist schon nach einigen Stunden wie ausgewechselt: freundlich, lacht über das ganze Gesicht, euphorisch, vollkommene Einsicht für die Erregung, verspricht geduldig zu sein. Manchmal mehrere solcher Erregungen an einem Tage, manchmal mehrere Tage frei. Es wird ihm Rotz ins Gesicht geschmiert, ins Gesicht gespuckt, die Natur abgetrieben, alle Schande vorgeworfen. In den ruhigen Zeiten gutmütig, humoristisch, militärische Allüren, Rededrang ohne Ideenflucht, nennt sich Baron. Arbeitet bald im Garten und in der Spülküche. Am 25. 9. während einer seiner Erregungen ein hysteriformer Zustand; sehr empfindlich, wenn man ihn bei der Visite nicht genügend beachtet. Nimmt gern Paraldehyd.

1897. 12. 1. In letzter Zeit häufig erregt. Jede Nacht eine Explosion. Schreibt grosse Eingaben. Bittet später, sie ja nicht abzusenden. Gute Laune und Humor kommen trotz des vielen Schimpfens immer wieder, und zwar oft ganz unerwartet, zum Vorschein. Gibt in ruhigen Zeiten zu, an Sinnestäuschungen zu leiden. Gutes Urteil. 27. 1. Fleissig. Häufige Erregungen mit lautem Räsonnieren, man rufe ihm sexuelle Bemerkungen zu, spiele an seinen Genitalien, treibe ihm die Natur ab. Sonst gutmütig, nicht ohne Humor, treffende Bemerkungen. Im April längere Zeit isoliert wegen häufiger Erregungen. Stundenweise volle Krankheitseinsicht, dann wieder zweifelnd, oft fest überzeugt, dass man ihm an die Genitalien fasse usw. 6. 7. Spricht von seiner Krankheit mit viel Humor. 27. 7. Ganz heiser vor Schreien. In der Folgezeit derselbe stete Wechsel. 12. 12. Erzählt von imperativen Stimmen.

1898. Unverändert. Immer kurze Zeit erregt.

3. 2. 1898 in die Pflegeanstalt übergeführt. Bittet, sich selber den begleitenden Wärter aussuchen zu dürfen.

Die Körpergewichtskurve fällt mit geringen Schwankungen von 67,5 auf 60 kg.

Bei der Krankengeschichte zahlreiche Briefe, nicht ungeschickt, oft mit viel Affekt, zahlreiche Details, genaue Daten. Meist Eingaben und Beschwerden. Darin viel über seine Halluzinationen und Beeinträchtigungsideen. Hört viel gemeine Redensarten. Sehr oft kehrt das Wort „schmeissen" wieder. „Mein Bruder wird auf mich geschmissen, auf dem Abort schmeissen sie einem eine Schweinerei ohne gleichen, hier schmeissen sie einen den ganzen Tag", usw. Dazwischen die „höflichste Bitte" um ein Fläschchen Sodawasser; dann wieder lange Knittelverse. Spricht öfter von seiner „Geisteskrankheit".

Seit Anfang 1898 in der Pflegeanstalt. In den ersten Jahren ganz unverändert. Immer zeitweise ruhig, arbeitet; dann wieder Halluzinationen, Schimpfen und Lärmen. Bittet fortwährend um Verlegung in andere Räume. Durch Verabreichung kleiner Dosen Alkohol leicht zu beschwichtigen. Stets besonnen, geordnet. Stimmen und Sensationen werden immer auf die Umgebung projiziert.

Von Mitte 1903 an ruhiger. Erregungen seltener. Arbeitet regelmäßig im Felde. Gar keine Krankheitseinsicht. „Dement-euphorisch, fleissig und lenkbar" (März 1904), äussert nichts mehr von Wahnideen. Aber immer noch schlechter Schlaf. Empfindlich gegen Bemerkungen der Umgebung. Juli 1904: Sehr fleissiger Arbeiter, eng umgrenzter Horizont, viel Entlassungswünsche.

19. 9. 1904 bei Besuch in der Anstalt: Geordnet, etwas misstrauisch. Ausgezeichnetes Gedächtnis für Vergangenheit. Es sei ihm gesagt worden, er habe das erste Mal in H. das Delirium gehabt. Korrigiert die zweite Periode gar nicht, sei auch im Gefängnis (1895—96) nicht krank gewesen. Nichts auffallendes, unnatürliches im Benehmen.*)

IX.

Michael Siff. aus St., geb. 15. 8. 1847, Tagelöhner. Aus schlechten Verhältnissen. Vater und Bruder dem Trunk ergeben. 1870 sechs Wochen Gefängnis wegen Körperverletzung. 1872 Heirat. Nach einer Aktennotiz von 1878: vertrinkt was er verdient, leichtsinnig, vernachlässigt Familie, bedroht Frau mit dem Messer. 1882 verlässt er Frau und 4 Kinder und zieht bettelnd und landstreichend umher. Bis 1880 nur Affektvergehen, von da an fast 50 Bettelstrafen. 3 mal im Arbeitshaus, 1887, 1889 und 1897. Beschuldigt die Frau der ehelichen Untreue. Giebt einmal 15 Schoppen und einige Schnäpse täglich zu, ein andermal: könne 30—40 Schoppen trinken, manchmal über 1 Liter Schnaps. 1887 in der chirurgischen Klinik, Lymphome am Hals. 1896 geschlechtskrank.

Am 1. 5. 1899 wegen Bettels in Heidelberg verurteilt. In der Haft erkrankte er in der Nacht zum 5. 5., sah eine Menge Leute vor der Tür mit zwei fertig aufgestellten Maschinen; man wolle ihn köpfen; Angst, schrie, wehrte sich. Am 5. 5. geordnet, orientiert, gibt mit Humor Auskunft über die Nacht. Sieht und hört nichts mehr. Bei Druck auf die Bulbi: ein Pferd, zwei Schiffe, ein Mann mit einer Kohlenschaufel. Tremor des ganzen Körpers, der Hände und Zunge.

5. 5. 1899 Überweisung in die Irrenklinik. Habe in der Nacht zum 4. 5. keine Ruhe gehabt, sah viele Leute, die

*) Anmerkung bei der Korrektur: Pat. ist Ende 1904 aus der Anstalt entlassen worden.

auf ihn los wollten, wüst im Kopf, als habe er eine Windmühle darin. In der vergangenen Nacht eine Masse Menschen, die ihn tot machen wollten, ein grosser rotscheckiger Hund; wenn er nachsah, war alles fort. Hörte auch Stimmen. Ähnliche Zustände früher höchstens im Traum. Besonnen, geordnet, örtlich und zeitlich orientiert, leidliches Verständnis für seinen Zustand. Grobschlägiger Tremor. Pu. gleich, reagieren. Reflexe lebhaft. Rachenkatarrh, Arteriosklerose.

6. 5. Frei von allen gestrigen Erscheinungen.

7. 5. Auch das Zittern der Hände und Zunge ist verschwunden Wird als geheilt bezeichnet.

9. 5. Ängstlich, hört: die Nacht wird er gefoltert.

11. 5. Verlangt auf eine andere Abteilung. „Tun Sie mir das Totenhemd aus". Man habe gesagt: „Um 1/2 5 Uhr geht es los, jetzt gibt's keinen Aufschub mehr". Ähnliche Halluzinationen in den nächsten Tagen.

15. 5. Ganz ruhig, drängt auf Entlassung.

17. 5. Völlig ruhig und besonnen. Leugnet auffallend lebhaft die Halluzinationen.

31. 5. Ruhig, verlangt fort. Angeblich keine Halluzinationen mehr.

2. 6. 1899. Entlassen mit der Diagnose Delirium tremens. Körpergewichtszunahme von 2,5 kg.

Bettelt weiter. Im Winter 3mal zu je 14 Tagen Haft verurteilt.

Am 16. 5. 1900 mit einem starken Rausch ins Gefängnis gebracht. Soll ruhig und nicht delirant gewesen sein. Gegen Mittag plötzlich ängstlich, tobte, schrie, man wolle ihn aufhängen. Nachmittags liegt er zitternd auf seinem Bett, grosse Angst, ein schwarzer Mann schimpft und droht, ihn totzustechen. In der Zelle sei der Teufel und eine Menge Hunde und Ratten. Verwirrt, zeitlich und örtlich desorientiert, lebhafter Tremor.

II. Aufnahme in die Klinik am Abend des 16. 5. 1900. Grobschlägiger Tremor, spricht wenig, erkennt die Wärter wieder. Fragt ängstlich, ob man ihn umbringen wolle. Sieht bei Druck auf die Augen: Hunde, Ratten, Mäuse, Menschenmenge, Schutzmann. Kein Beschäftigungsdelir. Pu: links mittelweit, reagiert, rechts vordere Synechie (Verletzung im Januar d. Js.). Reflexe erhöht. Leidlich orientiert. Urin frei von Ew. und Z. Druckempfindlichkeit der Nervenstämme. Kann Löffel nur mit Mühe zum Munde führen.

21. 5. Trinkerhumor. Frau sei an allem schuld. Polyneuritis. Feinschlägiger Tremor.

26. 5. Polyneuritis fast ganz verschwunden. Tremor erheblich geringer. Keine Angst. — Im Juni gereizt, werde verfolgt

hört Stimmen, namentlich nachts. Berichtet morgens von den nächtlichen Verfolgungen. Werde von dem Nebenzimmer aus chloroformiert, woher kämen sonst die Blutflecken auf seinen Kissen. Gespannt.

In den nächsten Monaten viel Halluzinationen, vorwiegend abends und nachts. In der Regel ist es ein neu eingetretener Patient, der ihn abends bedroht und ihm nach dem Leben trachtet. Empört, wenn man ihm nicht glaubt. Will seine Feinde durch lautes Schimpfen und Zetern verscheuchen. Dabei besonnen, orientiert. Sehr unruhige Zeiten wechseln mit ruhigeren. Manchmal plötzliche Beruhigung und humoristische Stimmung. Im Ruhestadium korrigiert er nicht, spricht nicht gern über seine Ideen. Die Wärter beschmieren sein Bett mit Kot, man spuckt in seine Mahlzeiten. Beurteilt die andern Kranken gut, diszipliniert sie gern.

Von Januar 1901 an im ganzen ruhiger. Humor. Kein Arbeitsbedürfnis. Meist etwas abweisend, überlegen lächelnd. Steht stumpf und untätig umher. Gibt Stimmenhören zu. Misstrauisch, lässt sich nur mit Mühe explorieren. — Erzählt, er habe in einer Nacht vor etwa 15 Jahren Gott und den Heiland gesehen, welche die Füsse kreuzten: da habe es ihm am Kopfe gepackt und ihn niedergedrückt, wie mit Stricken sei er zu Boden gerissen worden und die ganze Nacht an der Erde gelegen. Nun sei der böse Geist in ihm. Früher sprach er ihm in die Ohren, jetzt sitzt er im Magen. Im Arbeitshaus sei er am meisten geplagt worden. 6 Nächte habe er nicht schlafen können, 3 und 4 Leute oder noch mehr habe der böse Geist da papeln lassen.

21. 3. 1901 in die Pflegeanstalt. Erzählt dort dieselbe visionäre Geschichte wie oben. Seitdem plage ihn der Teufel auf Gottes Befehl, mache ihm unangenehme Empfindungen im Leib. In Heidelberg müssten ihn die Ärzte auf Veranlassung des Teufels quälen. Arbeitet fast dauernd auf dem Felde. Queruliert viel.

1902. Zeitweis infolge von Sinnestäuschungen misstrauisch und erregt, dann wieder ruhig und fleissig, aber wenig zugänglich.

1903. Viel Geschmacks- und Geruchshalluzinationen. Schimpft zeitweise. Kot und Urin im Essen. Projiziert alles auf die Umgebung. Höhnisch, spöttisch.

1904. Stumpfer, arbeitet schon längere Zeit nicht. Zeitweise kurze Schimpfausbrüche auf Grund krankhafter Sensationen und Geschmackshalluzinationen.

19. 9. 1904. Bei Besuch in der Anstalt: anfangs misstrauisch, dann etwas offener. Hält an den Vergiftungsideen fest. Hier ist es wie in Heidelberg: Schmierseife in der Suppe, Faeces auf den Tellern, Sputa im Essen. Hört z. B.: „Warte, morgen machen wir ihm eine Brühe!" Man wolle ihn fortwährend fort-

putzen. Gut orientiert, besonnen, affektvoll und gelegentlich ulkige Bemerkungen.

Das visionäre Erlebnis vor ca. 20 Jahren hält er fest. Erzählt eine unverständliche, ganz verworrene Geschichte darüber. Seit der Zeit höre er immer Singen wie von Engeln. Der Teufel kämpft mit den Kranken hier: spricht von den Göttern. Tut geheimnisvoll.

Fall VII entspricht am vollkommensten einem „unheilbar gewordenen halluzinatorischen Wahnsinn"; der Kranke, der ein Jahr zuvor schon einmal eine akute Halluzinose mit deliranten Beimengungen durchgemacht hatte, erkrankt akut mit Gehörstäuschungen und Verfolgungsideen; im Beginn mehrere Tage lang delirante Symptome; diese klingen ab und werden dauernd korrigiert, die akustischen Halluzinationen und Verfolgungsideen dauern fort. Keine wahnhafte Weiterbildung; Stimmung bald misstrauisch, bald humoristisch. Sehr ausgesprochene Periodizität; in den freien Zeiten anfangs Einsicht auch für die Verfolgungsideen. Die Schwankungen schwinden nach einigen Jahren. Fängt an zu arbeiten, mehr Interesse, aber noch nach 8 Jahren keinerlei Korrektur. Über Sensationen nur einige Andeutungen in der akuten Zeit. Auffallend ist nur die sporadische Angabe des Kranken, die Verfolgungen beständen schon seit einem Jahre vor der Aufnahme.

Der Kranke Ebe (VIII) zeigt in seinem ganzen Verhalten grosse Ähnlichkeit mit dem vorigen. Dieselben Schwankungen, dieselbe immer wieder vorübergehende Krankheitseinsicht, dasselbe humoristisch-misstrauische Benehmen. Auch er ist, etwa 8 Jahre nach Beginn, ruhig, fleissig, lenkbar geworden, auch er korrigiert zuletzt nicht im geringsten. Zum Unterschied von VII stehen aber bei ihm Sensationen, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen während der ganzen Zeit im Vordergrund. Der delirante Beginn scheint, soweit das aus den Strafakten zu ermitteln war, nicht ganz akut gewesen zu sein und fällt auch erst eine Reihe von Wochen nach Eintritt der durch die Inhaftierung erzwungenen Abstinenz. Dazu kommt, dass der Kranke bereits 14 Jahre vorher eine Geistesstörung durchgemacht hat, deren Deutung als einer einfach alkoholischen keineswegs sicher ist.

Fall IX ist gleichfalls ausgezeichnet durch massenhafte Sensationen und Geschmackshalluzinationen. Auch bei ihm

besteht ein deutlicher Wechsel zwischen unruhigen und ruhigen Zeiten; jedoch er kommt nie zur Einsicht, wie die beiden andern. Er ist dauernd abweisend, hat aber Affekt behalten und zeigt humoristische Stimmung. Sein Zustand entwickelte sich im Anschluss an eine akute delirante Phase mit polyneuritischen Symptomen, die nur langsam abklang. 1 Jahr vorher hatte er bereits ein unvollkommen ausgebildetes, nicht ganz typisches Delir von 3—4 Tagen Dauer durchgemacht, für welches er auch nach 4 Wochen noch keine rechte Einsicht zu haben schien. Beachtenswert ist die mehrfach wiederholte, etwas verworrene Schilderung von einem kurzdauernden Zustand mit Visionen und vielleicht motorischen Symptomen, den er etwa in die Zeit datiert, als er Frau und Kinder verliess (vor jetzt ungefähr 20 Jahren).

Alle drei Patienten sind alte Landstreicher, die ihre ersten Bettelstrafen mit 25, resp. 22 und 33 Jahren erhalten hatten. Auch diese Tatsache kompliziert die Fälle in unerwünschter Weise. Von Wichtigkeit ist jedenfalls die in sehr vielen Zügen übereinstimmende Eigenart des Zustandsbildes, das sich wohl kaum in eine der z. Z. bekannten grossen Gruppen von Endzuständen einreihen lässt; höchstens bei IX könnte die Differentialdiagnose gegen die Dementia präcox in Betracht kommen.

Die Krankengeschichte eines Falles, der mit den vorstehenden mancherlei Berührungspunkte hat, möchte ich hier anfügen. Es handelt sich um einen Trinker, der mit halluzinose-ähnlichen Symptomen erkrankte, dann mehr als 13 Jahre ununterbrochen in Anstalten verpflegt wurde und jetzt wieder selbständig und ohne erkenntliche Störungen tätig ist; nur fehlt ihm jedes Verständnis für seine überstandene Krankheit.

X.

Friedrich Schwei. aus H., geb. den 25. 8. 1843. Drei Brüder durch Selbstmord geendet, 2 Schwestern der Mutter in Irrenanstalten. Normale Entwicklung. Bis zum 45. Jahre keine Zeichen geistiger Störung. 1880 zweite Ehe. Bald darauf starker Potus. Etwa 1881 ein Selbstmordversuch. Sehr eifersüchtig; hatte die Frau dauernd im Verdacht, sie schleppe Sachen aus dem Hause. In nüchternen Zeiten ruhig und ordentlich. Frau verliess ihn schliesslich. Anfang 1889 noch stärkeres Trinken. Gleichzeitig allmähliches Auftreten von Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen. Soll einmal in 14 Tagen 80 Liter Wein

getrunken haben; Schnaps nur einmal vorübergehend in reichlichen Mengen. Nach dem bezirksärztlichen Zeugnis vom 17. 10. 1889: chronischer Alkoholismus und Verrücktheit. Behauptet, er werde vom Telephon und den Eisenbahnleuten beeinflusst; die Gedanken werden durcheinander gemacht, im Körper Zuckungen erzeugt. Seine Frau verstehe das Telephon und die Signale, sie tue ihm schädliche Sachen ins Essen. Lobt sich selber, schiebt alle Schuld auf andere. Schloss die Frau ein, nahm ihr die Kleider weg und beobachtete sie eifersüchtig.

18. 10. 1889. Aufnahme in die Klinik. Zittern der Hände und Zunge, chronischer Magenkatarrh, Lebervergrösserung. Glaubt sich vom Telephon bearbeitet, elektrische Zuckungen. Während des Aufenthaltes besserte sich das körperliche Befinden, und die Halluzinationen traten etwas zurück; es blieb eine „hochgradige geistige Schwäche". Untätig, gleichgültig. Als voraussichtlich unheilbar am 2. 4. 1890 in die Pflegeanstalt. Dort das gleiche Bild. Besonnen, orientiert, halluziniert weiter, hält an den Beeinträchtigungsideen fest. Habe in H. Schwefeldampf und andere schädliche Sachen zugeführt bekommen, sei von seinen Genossen am ganzen Körper gezerrt worden, sei in die Klinik „hineingezwungen worden wegen dem Lämpchenmachen", was so viel bedeute wie „sich verbürgen und Credit erhalten". Trotzdem keine Verfolgungsideen gegen die Ärzte. Gereizt, leicht erregt. Von Zeit zu Zeit, anfangs alle paar Wochen, nahm die Gereiztheit für einen bis mehrere Tage stark zu; schimpfte, zerriss, schrie, drohte. Nach etwa 2 Jahren wurden die halluzinatorischen Erregungen allmählich immer seltener. Nach einigen weiteren Jahren fing er an, sich etwas zu beschäftigen. 1901 bekam er freien Ausgang. Ruhig, geordnet. 7. 12. 1902 entwich er.

Januar 1904 wird bestätigt, dass er zu Hause solide lebt, nicht trinkt und fleissig arbeitet. Gegen die Frau sehr ablehnend. (Es darf nach den Akten als sicher angenommen werden, dass er Grund zur Eifersucht hat.) Im Lauf des Jahres weitere Besserung, Schwinden der Reizbarkeit. Umsichtiger Arbeiter. Entmündigung wird aufgehoben.

29. 9. 1904. Geordnet, fasst gut auf, affektvoll, durchaus nicht stumpf oder gleichgültig. Sehr präzise Angaben über die Zeit vor der Erkrankung. Bestreitet aber, jemals geisteskrank gewesen zu sein, bezeichnet die Notizen der Krankengeschichte als falsch. Leugnet Stimmen, hält aber daran fest, dass seine Frau ihm Schwefelblüten in die Suppe getan, ferner, dass sein Bruder ihm schon 1886 Pulver ins Gesicht gepritzt habe. Erinnerung für Daten und Namen aus der Krankheit gut. Manche Erinnerungen aus der ersten Zeit offenbar gefälscht. Kein Groll gegen die Ärzte, die ihn 13 Jahre widerrechtlich festgehalten haben.

Gegen die Frau die gleichen Beeinträchtigungsideen, ist aber versöhnlich gestimmt, will verzeihen. Über seine Vermögensverhältnisse gut orientiert. Hat seinen verwilderten Weinberg gut in Stand gesetzt und wieder ertragsfähig gemacht. Macht Eindruck eines rührigen, tätigen Menschen.

Es ist nicht schwer, auch in diesem Falle gegen die ätiologischen Beziehungen der langdauernden Erkrankung zum Alkoholmissbrauch die oben ausgeführten Bedenken geltend zu machen, und das wird schliesslich bei jedem einzelnen Falle möglich sein, solange nicht ein umfangreiches, gut durchgearbeitetes Material von gleichartigen Beobachtungen vorliegt, das alle Bedenken entkräftet, etwa in der Art, wie es in den letzten Jahren für die Korsakow'sche Psychose geschehen ist.

Von Fällen chronischer Halluzinose im Sinne Wernicke's stehen mir eigene Beobachtungen nicht zur Verfügung, wenn man nicht den Fall VII (Oskar Krau.) dahin rechnen will. Erwähnen möchte ich hier die weitere Entwicklung eines Falles aus der Wernicke'schen Klinik, welchen Bonhoeffer (Die akuten Geistesstörungen der Gewohnheitstrinker S. 178) als „systematisierende akute Halluzinose mit Übergang in progressive Wahnbildung" angeführt hat. Der Kranke (O. O.) hatte vier Anfälle von Halluzinose durchgemacht, nach dem vierten wurde er wegen chronisch progressiver Wahnbildung mit Beeinträchtigungs- und Grössenwahnsystem in die Provinzialirrenanstalt als voraussichtlich unheilbar abgeführt. Nach den Ermittlungen ist O. nicht ganz 10 Monate in der Anstalt geblieben. Er hielt sich ruhig, bescheiden und arbeitete fleissig. Die Halluzinationen und Wahnideen blieben bestehen, doch suchte er dieselben beständig zu dissimulieren. Er wurde auf Wunsch der Angehörigen als gebessert entlassen. (12. 1894). Nach einem sehr ausführlichen Bericht der Frau des Patienten (5. 9. 1904) leitet derselbe seit dem 1. 3. 1895 ein grösseres Kaufhaus. In den letzten Jahren ist er fast selbständig und hat sich das volle Vertrauen seines Chefs erworben. Er hat noch polnisch gelernt (Stenographieren schon in der Anstalt), ist sehr gewissenhaft und fleissig und geniesst regelmässig kleine Mengen Alkohol, ohne dass er jemals exzediert. Über seine Krankheit spricht er nie, korrigiert sie offenbar nicht im geringsten. Die Frau

hält ihn nicht für gesund, doch merke ausser ihr niemand davon etwas. Bei jeder Erinnerung an die alten Zeiten wird er misstrauisch und zittert am ganzen Körper. In den ersten Jahren drängte er noch oft fort, ohne Gründe anzugeben. Jetzt hat er sich gut eingelebt.

Weiter geklärt wird der Fall auch durch diese Mitteilungen nicht; ich habe sie angeführt, weil mir die anscheinende Übereinstimmung in dem Endzustande mit der Beobachtung X, vielleicht auch mit VII und VIII auffiel.

Die mitgeteilten Krankengeschichten können selbstverständlich nicht im entferntesten als Beispiele für alle Krankheitsformen gelten, für welche die Diagnose chronische Alkoholpsychose in Betracht kommt. Ich habe aus dem mir zur Verfügung stehenden Materiale diejenigen Fälle ausgesucht, bei welchen mir diese Diagnose am ernsthaftesten erwogen werden zu müssen schien. Sie können aber m. E. alle nur dazu benutzt werden, die Schwierigkeiten zu demonstrieren, die sich z. Z. noch der Deutung chronischer Psychosen als alkoholisch bedingter entgegen stellen.

Ich habe mich auf Beispiele von paranoiden Erkrankungen bei Trinkern beschränkt.

Hinzufügen möchte ich noch, dass ich mehrfach bei schweren Schnapssäufern mit Zügen des Korsakow'schen Symptomenkomplexes ganz phantastische Wahnbildungen und Confabulationen gesehen habe. Es erinnerten diese Fälle an die von Nasse und Luther angeführten Beobachtungen. Bei denselben waren auffallend häufig extreme Grade von Arteriosklerose vorhanden.

V.

Die Ergebnisse der vorstehenden Betrachtungen sind vorwiegend negativ.

Unsere Kenntnisse von den ätiologischen Faktoren der psychischen Störungen sind dürftig und lückenhaft. Unsere Vorstellungen von denselben sind wahrscheinlich viel zu grob. Auch ist die klinische Psychiatrie noch nicht reif für die Lösung ätiologischer Fragen. Deshalb laufen wir bei jedem Versuch einer Gruppierung von Krankheitsbildern nach ätiologischen Prinzipien Gefahr, grobe Fehler zu begehen, und stossen auf die grössten Schwierigkeiten, wenn wir einzelne Krankheitsfälle auf bestimmte ursächliche Momente zurückführen wollen.

Alkoholismus und Geistesstörungen stehen in engen, schwer zu übersehenden Wechselbeziehungen.

Wir kennen einige spezifische akute Psychosen, die nach unserer bisherigen Erfahrung nur auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entstehen; aber selbst bei diesen fehlt uns die Kenntnis einer ganzen Reihe jedenfalls wichtiger ätiologischer Zwischenglieder. Immerhin lehrt uns ihre Häufigkeit und die Gleichartigkeit ihrer Zustandsbilder und ihres gesetzmäßigen Verlaufes, dass enge ätiologische Beziehungen zwischen ihnen und dem Alkoholmissbrauch bestehen.

Diese Häufigkeit und Gleichmäßigkeit fehlt bei den chronischen psychischen Erkrankungen, die als alkoholische beschrieben werden. Eine Durchsicht der Literatur zeigt die weitgehende Verschiedenartigkeit der mitgeteilten Beobachtungen. Es ist unschwer, an ihnen Kritik zu üben.

Von der Mehrzahl der Autoren ist der Begriff Ätiologie nur sehr wenig scharf gefasst worden. Durch die Berücksichtigung dieser Tatsache wird ein Teil der Widersprüche in den Angaben verschiedener Autoren erklärt.

Die Frage der Alkoholparalyse hat eine weitgehende Aufklärung gefunden durch die Bereicherung unserer Kenntnisse von der progressiven Paralyse in klinischer und namentlich in pathologisch-anatomischer Hinsicht.

Die Frage, ob es chronische Psychosen gibt, die ausschliesslich durch Alkoholmissbrauch entstehen, kann m. E. auf Grund der bisher vorhandenen Literatur nicht mit Sicherheit in bejahendem Sinne beantwortet werden. Ebenso wenig kann natürlich a priori die Möglichkeit, dass solche vorkommen, bestritten werden.

Als begünstigender, auslösender Faktor, möglicherweise auch als Moment, welches dem Krankheitsbilde für den Beginn oder für die ganze Dauer eine bestimmte Färbung gibt, wird der chronische Alkoholismus zweifellos nicht selten herangezogen werden müssen. Bezüglich der Entscheidung der Frage, in welchem Grade das im einzelnen Falle zu geschehen hat, müssen wir uns, solange wir über die Ätiologie der Psychosen überhaupt noch so gut wie nichts wissen, die grösste Reserve auferlegen.

Die Korsakow'sche Psychose gehört wahrscheinlich nicht zu den chronischen Psychosen im engeren Sinne; sie stellt vielmehr, wie man z. Z. annehmen muss, einen residuären, nicht progredienten Zustand dar nach einer akuten groben Schädigung des Gehirns.

Literatur.

Alzheimer, Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Histolog. u. histopatholog. Arbeiten von Nissl I. 1904.

Bonhoeffer, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena 1901.

Ders., Zur Pathogenese des Delirium tremens. Berl. klin. Wochenschrift 1901.

Ders., Der Geisteszustand der Alkoholdeliranten. Habil. Schrift 1897.

Ders., Pathologisch-anatomische Untersuchungen an Alkoholdeliranten. Monatsschr. f. Psych. u. Neur., Bd. V.

Ders., Der Korsakow'sche Symptomenkomplex in seinen Beziehungen zu den verschiedenen Krankheitsformen. Referat. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 61. 1904.

Brierre de Boismont, De quelques nouvelles observations sur la Folie des ivrognes. Annales médico-psych. 1852.

Brody de Lamotte, De l'alcoolisme dans le délire chroniqne à évolution systématique. Thèse de Paris 1895.

Brosius, Über die sog. Pseudoparalyse. Irrenfreund 1868. Zitiert nach Dörr.

Camuset, Contribution à l'étude de la pseudo-paralysie générale d'origine alcoolique. Ann. méd.-psychol. 1883, II.

Cololian, Alcooliques persécutés. Thèse de Paris 1898.

Cramer, Artikel „Pathologische Anatomie der Psychosen" in dem Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems von Flatau, Jakobsohn und Minor. Berlin 1904.

Cullerre, Alcoolisme et délire des persécutions. Ann. méd.-psychol. 1875.

Dagonet, L'alcoolisme 1873.

Döllken, Die körperlichen Erscheinungen des Delirium tremens. Leipzig 1901.

Dörr, Eine eigenartige Form der paralytischen Geistesstörung bei Alkoholikern. Inaug.-Dissert. Bonn 1883.

Drouet, Étude clinique sur le diagnostic de la paralysie générale. Ann. médico-psych. 1871.
Dupré, Psychopathies organiques. In „Traité de pathologie mentale" von Ballet 1903.
Gambus, De l'alcoolisme chronique terminé par paralysie générale. Thèse de Paris 1873.
Hoffmann, Fr., Ärztlicher Bericht der Irrenheilanstalt zu Siegburg 1862. Nach Dörr zitiert.
Ilberg, Der akute halluzinatorische Alkoholwahnsinn. Festschrift des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt 1899.
Kiefer, Über einige Fälle von chronischem Alkoholdelirium Inaug.-Diss. Breslau 1890.
Kirchhoff, Grundriss der Psychiatrie 1899.
Klewe, Über alkoholische Pseudoparalyse. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 52. 1896.
Kraepelin, Psychiatrie. VII. Auflage. Leipzig 1904.
v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. VII. Auflage 1903.
Luther, Zur Kasuistik der Geistesstörungen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 59, 1902.
Magnan, De l'alcoolisme, Paris 1874.
Ders., Leçons cliniques sur les maladies mentales 1897.
Marcé, Traité pratique des maladies mentales. Paris 1862.
Marcel, De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques, Paris 1847.
Meyer, E., Über akute und chronische Alkoholpsychosen und über die ätiologische Bedeutung des chronischen Alkoholmissbrauches bei der Entstehung geistiger Störungen überhaupt. Archiv für Psych., Bd. 38, 1903.
Nasse, Zur Diagnose und Prognose der allgemeinen fortschreitenden Paralyse der Irren. Irrenfreund 1870. Zitiert nach Dörr.
Ders., Über den Verfolgungswahnsinn der geistesgestörten Trinker. Allg. Zeitschrift für Psych., Bd. 34, 1878.
Raecke, Zur Lehre von den chronischen Geistesstörungen der Trinker. Vortrag auf der 75. Vers. deutscher Naturforscher und Ärzte zu Cassel. 1903.
Ransohoff, Über Erinnerungstäuschungen bei Alkoholparalyse. Allg. Zeitschr. für Psych., Bd. 53, 1897.
Régis, Existence de tous les symptomes physiques et intellectuels de la paralysie générale chez un alcoolique. Ann. méd.-psych. 1881.
Ders., Manuel pratique de médecine mentale. II. Auflage 1892.
Roubinovitch, L'alcoolisme in „Traité de pathologie mentale" von Ballet, 1902.

Schröder, Über die sog. Polioencephalitis hämorrhagia superior, Histolog. und histopatholog. Arbeiten von Nissl, II. 1905.
Schüle, Klinische Psychiatrie. III. Auflage 1896.
v. Speyr, Die alkoholischen Geisteskrankheiten im Basler Irrenhause. Inaug.-Diss. Basel 1882.
Tiling, Über alkoholische Paralyse und infektiöse Neuritis multiplex. Sammlung zwangloser Abhandlungen von Alt II. 1897.
Vedrani e Muggia, Psicosi alcoolica cronica paranoide. Giorn. di psich. e techn. manicom. 30. Bd., 1903.
Voisin, De l'état mental dans l'alcoolisme aigu et chronique. Ann. méd.-psychol. 1864.
Ders., Traité de la paralysie générale des aliénés. 1879.
Ders., Leçons cliniques sur les maladies mentales. 1883.
Wernicke, Grundriss der Psychiatrie. 1900.

Inhalt.

Über Sprachverwirrtheit.

Beiträge
zur Kenntnis derselben bei Geisteskranken
und Geistesgesunden.

Von

Dr. **Erwin Stransky,**
Assistent der K. K. I. psychiatrischen Universitätsklinik in Wien.



Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1905.

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von
Direktor Dr. med. Konrad Alt,
Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

unter ständiger Mitwirkung

herausgegeben von

Professor Dr. A. Hoche,
Freiburg i. Br.

Band VI, Heft 4/5.

Über Sprachverwirrtheit.

Beiträge zur Kenntnis derselben bei Geisteskranken und Geistesgesunden.

Von

Dr. Erwin Stransky,

Assistent der K. K. I. psychiatrischen Universitätsklinik in Wien.

I.

Seit Wilhelm Wundt und seine Schüler die moderne Psychologie aus einer philosophischen zu einer naturwissenschaftlichen Disziplin umgestaltet haben, ist die Psychopathologie bestrebt, sich die Errungenschaften der psychologischen Forschung zunutze zu machen. Eine grosse Reihe insbesondere jüngerer Irrenärzte sehen wir am Werke, die Methodik, welche die experimentelle Psychologie geschaffen hat, in die psychiatrische Klinik einzuführen, um mit ihrer Hilfe neue Aufschlüsse über das Wesen psychischer Prozesse zu gewinnen; und schon darf man sagen, dass das Gewicht einiger in dieser Richtung arbeitender Forscher ein recht grosses genannt werden muss; es genügt wohl, an Namen wie Kraepelin, Ziehen, Sommer, Bleuler und deren Schüler (Aschaffenburg, Weygandt, Jung etc.) u. a. zu erinnern.

Durch den Ausbau dieser Methoden nun und durch das Interesse an dieser experimentellen — wenn ich so sagen darf, quantitativen — Form der psychologischen Analyse, scheint die ältere, in früherer Zeit am Krankenbette souverain gewesene sogenannte „Vulgärpsychologie" (man kann sie vielleicht mit einer qualitativen Analyse vergleichen) einigermaßen in den Hintergrund gerückt; und es erscheint dies begreiflich, wenn man an die verheissungsvollen Fortschritte denkt, die wir besonders den aus der Kraepelin'schen und Bleuler'schen

Schule stammenden Arbeiten verdanken. Indess scheint es, als ob mancherorts die qualitative psychologische Analyse denn doch über Gebühr verlästert würde: Man denke nur daran, dass wir dieser „Vulgärpsychologie“ noch in den letzten Jahren mancherlei nicht wegzuleugnende Fortschritte, insbesondere in klinisch-psychiatrischer Hinsicht, zu verdanken haben; Begriffe wie „Vorbeireden“, „gemütliche Verblödung“, „Wortsalat“, „Gedankenlautwerden“, „Halluzinose“ u. a., sie sind nicht im Laboratorium, sondern am Krankenbette geschaffen worden. Andrerseits darf man auch manche von grundsätzlichen Gegnern der sogen. experimentellen Methode gegen sie ins Treffen geführte Argumente nicht ganz ausser Acht lassen; eines der letzteren scheint mir besonders zu denken zu geben, nämlich dieses, dass das Experiment vielfach „Laboratoriumsartefacte“ setzen müsse, speziell dann, wenn es sich um die Untersuchung Kranker handle, die ja doch zumindest in der Reaktionsform bekanntlich ein etwas anderes Bild darbieten, wenn man sie ungezwungen sich selber überlässt, als wenn man sie in eine laboratoriumsmäßige Versuchsanordnung einschaltet; auch die bei so vielen Assoziationsversuchen übliche Methode, Vorstellungskomplexe durch abgerundete Reizwörter und Reaktionswörter auszudrücken resp. ausdrücken zu lassen, erscheint mir nicht ganz unseren tatsächlichen Assoziationsverhältnissen zu entsprechen und in freilich etwas anderem — ich möchte sagen, mehr formellem — Sinne als Ziehen, möchte ich glauben, dass die grammatikalische Konstruktionsform des Gesprochenen eine gewisse Berücksichtigung verdient; gewiss aber ist, dass die von mir für qualitativ-formelle Zwecke beanstandete Reiz- und Reaktionsmethode den Vorzug einer fast mathematischen Messbarkeit und Exaktheit an sich hat, wie ihn das zwanglos-kontinuierliche Reagieren bezw. Assoziieren nicht oder doch nicht in jenem Maßstabe besitzt.

Man darf vielleicht sagen, dass der Wert der sog. „Vulgärpsychologie“ (besser vielleicht qualitativen Analyse) etwa mit dem eines alten, scheinbar primitiven Instrumentes verglichen werden kann, dem Musik zu entlocken eben nicht jedermanns Sache ist, während die mehr maschinell vervollkommnete Me-

thodik der experimentellen (quantitativen) Analyse auch dem Durchschnittsbeobachter, der ohne ein Körnchen künstlerischer Beobachtungsgabe dasteht, erlernbar ist; etwa das Verhältnis einer alten Geige zu einem modernen Klavier. Darin liegt der Vorzug und der Nachteil, den beide Methoden haben, jede in ihrer Art: Erlernbarer und daher auch objektiver ist die moderne, sie erfordert ausser grossem Fleisse allenfalls ein gewisses Maß technischen Geschickes; die ältere ist subjektiver, passt sich dem intuitiven Beobachter oft besser an, als die Registriermethoden, vermag aber andrerseits, von Unbegabten und Unberufenen gehandhabt, die schwersten Verirrungen gegen den wissenschaftlichen Geist zu zeugen.

Indess, es würde bei weitem die dieser kleinen Abhandlung gezogenen Grenzlinien überschreiten, diese einleitenden Bemerkungen als solche weiter auszuspinnen. Es sollte hier nur der Versuch gemacht werden, darzutun, dass die beiden oben erwähnten Methoden vielleicht am besten sinngemäß einander ergänzen; und es mag dies auch zur Erklärung dafür dienen, wenn ich mich mit anderen Autoren dagegen sträube, auf die qualitative Analyse Verzicht zu leisten. Es will mir scheinen, als gäbe es auf dem Gebiete der Psychopathologie mit Hilfe dieser so vielfach in Acht und Bann getanen, mancherorts geradezu schon in die historische Rumpelkammer verwiesenen Betrachtungsweise, denn doch noch mancherlei zu leisten. Ich stehe nicht an, Arbeiten, wie etwa die von Meringer und Mayer („Versprechen und Verlesen" etc.) oder von Liepmann („Über Ideenflucht"), um ein Erkleckliches höher zu bewerten als manche von Tabellen und Kolonnen strotzende „experimentelle" Abhandlung. Und damit stehe ich wohl gewiss nicht isoliert da. Damit soll durchaus nicht etwa summarisch ein absprechendes Urteil über die moderne Methode gefällt sein; nichts wäre verkehrter als solches hier und da beliebtes Aburteilen! Wir lernen aber aus derlei Dingen nur, wie wenig angebracht das vorschnelle Verwerfen jeder andern als der quantitativen Methodik seitens mancher Kollegen ist.

Ein Gebiet, auf dem meines besch. Erachtens die qualitative Analyse, zumindest pfadfindend, vorangehen muss, sollen

andersartigen Untersuchungen fruchtbare Wege eröffnet werden, ist das zur Zeit wohl noch wenig bebaute Areal der Sprachverwirrtheit. Ich werde im folgenden allerdings diesem Begriffe eine etwas weitere Fassung zu geben versuchen, als es dem gewöhnlichen Sprachgebrauche entspricht, und in diesem Sinne bedürfen wohl die einleitenden Worte dieses Absatzes einer gewissen Einschränkung. Ich sollte vielleicht besser sagen: gewisse Formen der Sprachverwirrtheit scheinen, soweit ich mich zu orientieren vermochte, noch wenig studiert. Es mag dies nun zur Entschuldigung dafür dienen, wenn ich mir im folgenden erlaube, die Resultate einer, teils durch eigene vorangegangene klinische Arbeiten aus früherer Zeit, teils durch das Studium der schönen Abhandlungen von Stricker, von Meringer und Mayer u. a., angeregten qualitativen Untersuchung über einige wichtigere Formen der Sprachverwirrtheit mitzuteilen. Ich verkenne dabei keineswegs, dass meinen Angaben, schon mit Rücksicht auf die oben bezeichneten Indikationen bezw. Kontraindikationen der qualitativen Betrachtungsweise mit ihren subjektiven Voraussetzungen, jedenfalls nur ein provisorischer Wert wird beigemessen werden können. Hoffentlich wird die vorliegende Arbeit in der Folge durch Untersuchungen von anderer Seite abgelöst, welchen die ihr notwendiger Weise eigenen Mängel nicht anhaften. Vielleicht auch eignet sich dieses Gebiet späterhin zur quantitativen Analyse.

II.

Ein Umstand, der uns bei der Verwertung psychologischer Untersuchungen hinsichtlich ihrer klinischen Bedeutung, die hier in erster Linie im Auge behalten werden soll, eine gewisse Vorsicht auferlegen muss, erheischt, wie ich hier hervorheben möchte, Berücksichtigung. Wir sind gewohnt, faute de mieux bei der Beobachtung Geisteskranker gleichsam von aussen nach innen zu schliessen. Es steht uns ja auch eigentlich ein anderer Weg nicht offen. Es sind im letzten Grunde immer wieder motorische Entäusserungen, aus denen wir herauszulesen suchen, was im Innern des Kranken vorgeht. Die Psy-

chomotilität in ihren mannigfachen und vielfach abgestuften Erscheinungsformen dient uns als der vornehmlichste, um nicht zu sagen ausschliessliche Indikator für das psychische Innenleben des Beobachtungsobjektes. Die Erkenntnis dieses Umstandes wurde bekanntlich, in neuerer Zeit wenigstens, durch Rieger wesentlich gefördert und es wird ihr gegenwärtig vornehmlich durch die Bestrebungen Sommer's Rechnung getragen. Man sprach in diesem Sinne ja bereits von einer „Kurvenpsychiatrie". Und es ist nicht zu leugnen, dass vom Standpunkte einer konsequenten quantitativen psychischen Analyse aus diesen Bestrebungen eine gewisse Folgerichtigkeit vielleicht nicht ganz abzusprechen ist. Wenn nun gleichwohl heute vielfach gegen diese eben erwähnte Richtung sich Bedenken geltend machen, so mag dies eine doppelte Wurzel haben: erstlich müssen wir uns, wie bereits erwähnt, sagen, dass mittelst der rein qualitativen Analyse noch mancherlei Lücke auf diesem Gebiet auszufüllen sein dürfte; zweitens aber muss immer wieder betont werden, dass die Psychomotilität nur eine an sich schon sehr variable Komponente des Innenlebens darstellt und daher allgemeine Rückschlüsse nur mit Einschränkungen zulässt.

Unter den psychomotorischen Funktionen nehmen nun die sprachlichen den vordersten Platz ein. Die Sprache ist das psychische Ausdrucksmittel κατ' ἐξοχήν. Auf keinem Gebiete ist der Differenzierungsmöglichkeit im Ausdruck ein solcher Spielraum geboten, wie gerade auf sprachlichem. Auf keinem Gebiete aber, dürfen wir wohl sagen, verfügt der psychomotorische Apparat über eine solche relative Autonomie, auch gegenüber der Gesamtpsyche, wie gerade auf dem, wenn ich den Storch'schen Terminus im weitesten Sinne adoptieren darf, glossopsychischen. Die tägliche Erfahrung lehrt dies nicht minder wie die wissenschaftliche Beobachtung. Diese Autonomie kann bekanntlich soweit gehen, dass das Ausdrucksmittel nicht bloss formell, sondern faktisch die Führung über das psychische Leben temporär an sich reisst: man kann sich, wie der gangbare Ausdruck ganz treffend besagt, in eine Stimmung, in einen Affekt „hineinreden"; es dürfte weit schwerer fallen, sich etwa in eine Stimmungs- oder Affektlage hineinzugestikulieren, hinein-

zuweinen, hineinzulachen. Sehen wir hiervon vorläufig noch gänzlich ab; sehen wir auch davon gänzlich ab, dass dieser Satz für eine recht verbreitete Kategorie unter uns, die sog. „Moteurs“, die in Sprachbewegungsvorstellungen Denkenden — der berühmte Pathologe Stricker zählte bekanntlich zu den vornehmlichsten Repräsentanten dieser Gruppe —, gewiss ganz besondere Geltung beanspruchen dürfte. Hier nur soviel, dass wir angesichts der Tatsache, dass bei den meisten psychologischen Assoziationsversuchen ja eigentlich sprachliche Symbole als Indikatoren des inneren Assoziationsablaufes dienen, eigentlich zunächst ein wenig Umschau halten müssten, in welchen Beziehungen unsere Sprachvorstellungen zu unserem gedanklichen Innenleben stehen. Sagen u. a. ja auch Jung und Riklin neuestens: „Reizwortreaktionen versinnlichen nur in entfernter und unvollkommener Weise den psychischen Zusammenhang.“ Insofern sei, sagen des weiteren diese verdienten Forscher, das Reaktionswort keineswegs einer Assoziation gleichwertig. Die Analyse betreffe eigentlich nie Vorstellungen, sondern sprachliche Symbole solcher. Überhaupt betonen diese Forscher in sehr prägnanter Weise die Bedeutung des sprachlichen Momentes bei den gewöhnlichen Assoziationsversuchen. All dies wäre natürlich an sich nicht neu; es scheint mir aber doch wichtig, darauf einleitend zu rekurrieren; denn gerade die vorliegende Auseinandersetzung will sich mit sprachlichen Erscheinungsformen näher befassen; sie will gewisse Störungen in der sprachlichen Ausdrucksweise schildern und zu analysieren trachten, wie wir sie bei Geisteskranken, aber unter bestimmten Umständen auch bei Geistesgesunden beobachten können. Es sollen hier einige der wichtigeren nicht-aphasischen Störungen des sprachlichen Ausdrucks Revue passieren und es soll versucht werden, dieselben zu analysieren, resp. mit der Sprache in ihrem normalen, physiologischen Ausdruck zu vergleichen.

Es ist vorher aber noch eine kleine Grenzbestimmung notwendig. Unter Sprachverwirrtheit im weiteren Sinne wollen wir hier nicht schlechtweg alle nicht-aphasisch oder -artikulatorisch bedingten Anomalien im sprachlichen Ausdruck näher betrachten. Streng genommen gehörte ja auch die „ideen-

flüchtige“ Sprachverwirrtheit ins Bereich unseres Themas. Es hiesse aber offene Türen einrennen, zu den ausgezeichneten Untersuchungen, die sich an die Namen einiger Schüler Wernicke's, vor allem aber Liepmann's, knüpfen, noch Eigenes hinzuzutragen. Wenn hier also unter „Sprachverwirrtheit“ im weiteren Sinne jede nicht durch bloss aphasische oder artikulatorische Störungen bedingte Anomalie der sprachlichen Ausdrucksform verstanden wird, so können doch im Rahmen dieser kleinen Studie nur einige der praktisch wichtigen Formen derselben genauer betrachtet werden, während andere wiederum nur der Vollständigkeit halber gestreift werden sollen, unter Hinweis auf die Arbeiten anderer Autoren.

III.

Man verzeihe mir, wenn ich mir erlaube, an einige bei früherer Gelegenheit ausgesprochene Bemerkungen anzuknüpfen. In einer vor 2 Jahren publizierten klinischen Studie über Dementia praecox bemerkte ich u. a., dass sich vielleicht auch die Sprachverwirrtheit und das Paralogieren dieser Kranken vom Standpunkte des Auseinanderweichens der Zusammenhänge zwischen gemütlichen und verstandesmäßigen Funktionen des Seelenlebens (zwischen Thymo- und Noopsyche, wie ich mich ausdrückte) erklären lasse. Auch unsere normale geordnete Ausdrucksweise erfolgt ja unter der Oberleitung bestimmter, besonders gefühlsbetonter resp. interessebetonter Vorstellungen, die sich erstens dadurch auszeichnen, dass sie de norma eine bestimmte Zeit hindurch, event. während eines längerdauernden Duktus konstant und beständig ihre Rolle als „Obervorstellung“ beibehalten und die ausserdem die Macht besitzen, die übrigen Vorstellungsreihen in kohärenter Form zu sich selbst sowie untereinander zu gruppieren. Dadurch sind schon zwei noch näher auszuführende Differenzen gegenüber der Ideenflucht einerseits, der amenten Inkohärenz andererseits gegeben. Vielleicht illustriert das Gesagte ein Beispiel: ich will an einem Krankheitsfalle jüngeren Kollegen den charakteristischen Korsakoff'schen Symptomenkomplex demonstrieren. Was heisst nun,

„ich will“? Vielleicht geht die Antwort aus dem folgenden hervor. Wir explorieren unsere Kranke und finden an ihr eine Reihe von Symptomen: relative Luzidität, dabei Desorientiertheit, Amnesie, Konfabulation, stark herabgesetzte Merkfähigkeit. Ich knüpfe an erstere an und mache die Kollegen zunächst auf die relative Luzidität (L) aufmerksam; obwohl ich selber den Fall kenne, gehe ich nicht deduktiv, sondern induktiv vor, d. h. ich stelle mich — im Interesse der Hörer — so, als würde ich gleich ihnen, jetzt erst den Fall schrittweise analysieren und dann wieder durch abermalige Synthese zur Diagnosenstellung gelangen; dabei aber werde ich beherrscht durch die, durch mein besonderes momentanes Interesse daran stark betonte, also zur Zeit besonders gefühlsstarke Vorstellung, dass es mir gelingen müsse, die Diagnose „Korsakoff'sches Syndrom“ plausibel zu machen; ich gehe also von L aus in einer ganz bestimmten Richtung vor, d. h. ich suche zunächst zu erkunden, ob die Kranke orientiert sei; ich finde Desorientiertheit (D). Die momentan gefühlsstärkste, die Obervorstellung verhütet nun ein Auseinanderfallen der bisher eruierten Komponenten L und D; ich operiere also jetzt mit dem fix assoziierten Vorstellungskomplex L + D; von da aus stünden mir aber immer noch eine ganze Reihe von Wegen offen, die ich einschlagen könnte; ich könnte ja nun etwa darauf hinweisen, dass es sich um Pseudoluzidität bei Dementia praecox handeln könne; ich werde vielleicht auch bei der Besprechung des Falles diese Möglichkeit streifen; aber die zur Zeit gefühlsstärkste Vorstellung, von der ich oben sprach, zwingt mich von allen Exkursen wieder zum Kreuzweg zurück, verhütet ein Abgleiten vom Thema; sie drängt sich zufolge ihres starken und konstant bleibenden Gefühlswertes immer wieder vor, sei es auch zu Zeiten nur „unterbewusst“ als Mittelsvorstellung, wenn ich mich etwa in irgend ein Seitenthema zu sehr vertiefen sollte; ich muss also wieder zu L + D zurück und werde genötigt, vor den Zuhörern einen anderen Erklärungsmodus für D zu entwickeln; dabei zwingt mich wieder die gefühlsstarke Obervorstellung (O), meinen Weg in bestimmten Etappen zu wählen; ich soll ja vor Anfängern b e w e i s e n, dass ein Korsakoff vorliegt, bin also gezwungen, meine Darlegungen in

schlichter und doch logischer und vollkommener Darstellungsweise zu geben; ich bin also genötigt, nachdem ich die verschiedenen Möglichkeiten des Zusammenvorkommens von L + D erörtert und als für den vorliegenden Fall nicht in Betracht kommend darlegen gekonnt hatte, nunmehr die Beziehungen zwischen D und dem Ausfall der Merkfähigkeit (-M) zu erklären; ich muss dabei demonstrieren, dass -M tatsächlich vorhanden ist; die Demonstration gelingt; nun zwingt mich wieder O, hieran anschliessend die Amnesie (A) zu demonstrieren und dabei den Unterschied zwischen A und -M zu erklären; ist diese Aufgabe zu Ende geführt, dann muss noch die Ausfüllung der Erinnerungslücken durch Konfabulation (K) vorgeführt und dabei einiges über die Entstehungsweise von K und deren Verhältnis zu A gesprochen werden. Schliesslich zwingt mich O, ein Resumé über die bisherigen Ergebnisse zu geben und dergestalt synthetisch den Korsakoff'schen Symptomenkomplex vor den Zuhörern darzustellen, differentialdiagnostische Momente zu streifen usw. Der ganze Duktus kann vielleicht fast eine Stunde beansprucht haben; jede einzelne Etappe desselben gäbe den mannigfachsten Anlass zur Einschlagung eines förmlichen Labyrinthes von Seitenwegen; nur ein wenig braucht O die Zügel zu lockern und der Duktus wird ideenflüchtig, ja vielleicht anakoluth; aber — ich stehe vor den Hörern — die gefühlsstarke Pflichtvorstellung verhütet, dass ich ihnen dergleichen biete; O, dessen Gefühlswert den der Pflichtvorstellung und den des Lehrberufes vereint, hat daher einen dermaßen überragenden Gefühlswert, dass ich mein volles Augenmerk, meine volle „Aufmerksamkeit“ dem Thema zuwenden muss, dass ich diesen Gegenstand in der plangemäßen Form durchführen „will“, und darum durch ein Labyrinth von Kreuzwegen in sicherer, zielbewusster, sprachlich, sachlich und logisch womöglich unanfechtbarer Rede zu dem mir in diesem Falle a limine klar vorschwebenden Ziel gelange. Nicht immer natürlich braucht dieses Ziel so klar vorgesteckt zu sein, oft mag es nur dunkel, gefühlsmäßig vorschweben; nicht immer auch muss die Leitvorstellung so l a n g e als solche persistieren.

Hat O einen solch mächtigen Gefühlston nicht, prostituiert

sich das Interesse gleichmäßig an jede momentan ins Blickfeld tretende Vorstellung, bedingt die Sachlage nicht die Bildung einer überragenden O, dann tritt, wie dies Liepmann gezeigt hat, Ideenflucht ein. Naturgemäß kann diese Störung, wie beim Maniacus, krankhafte Ursachen und Dimensionen haben. Darüber später noch genaueres. Ist das Interesse als solches an bestimmten Elementen im Vorstellungsablauf wohl vorhanden, die Assoziationsbildung selber aber in pathologischem Ausmaße erschwert, wie bei der Amentia, dann tritt, wie ich an anderer Stelle zu zeigen mich bemühte, „Verwirrtheit“ (im engeren Sinne) ein. All dies kommt nun aber auch im sprachlichen Ausdrucke zum Vorschein! Wie nun aber, wenn ein Interesse entweder fehlt oder aber, wenn Gefühls- und Vorstellungsleben selber in ihren Beziehungen gestört sind, wie vornehmlich bei der Dementia praecox? Und wie, wenn beim normalen Individuum das Gefühlsleben, Gefühlstöne, demnach also „Interesse“, „Aufmerksamkeit“, die Oberherrschaft über den Vorstellungsablauf ungewollt oder gewollt aufgeben?

IV.

Diese letztere Frage soll uns nun hier zunächst beschäftigen. Ich habe derselben an unserer Klinik eine Reihe experimenteller Untersuchungen gewidmet. Will man den Mechanismus der Sprachverwirrtheit bei Geisteskranken verstehen, so ist es zunächst notwendig, sich kurz zu fragen, ob bei Geistesgesunden dergleichen zustandekommen kann und wie sich die Umstände gestalten, unter denen die Sprachverwirrtheit sich dann geltend macht.

Bereits seinerzeit (l. c.) hatte ich mir erlaubt anzudeuten, dass man im Zustande der Schlaftrunkenheit, wenn die Assoziationen ziellos, ohne Führung seitens der Aufmerksamkeit durcheinandergehen, an sich selbst die klassischeste „Sprachverwirrtheit“ erleben kann; man braucht in solchem Falle nur seinen gedanklichen Duktus laut werden zu lassen. Da ich nun seinerzeit bemüht war, zu zeigen, dass das gestörte Zusammenspiel zwischen Verstandes- und Gefühlstätigkeit, Noo- und Thymopsyche, das, was ich intrapsychische Inkoordination

oder intrapsychische Ataxie nannte, vielleicht die Grundlage vieler Züge jenes eigenartigen Bildes darstelle, das uns die Katatoniker darbieten, und da ich auch versucht hatte, die katatonische Sprachverwirrtheit und die davon m. E. (darüber weiter unten) im Prinzipe nicht abzutrennende katatonische Paralogie gleichfalls aus dem Gesichtspunkte dieser Störung, des Fehlens oder regellosen Intermittierens dessen, was wir Interesse, Aufmerksamkeit an bestimmten Vorstellungen nennen, und was ja ein koordiniertes Zusammenspiel noo- und thymopsychischer Elemente voraussetzt, zu erklären, so musste ich mir in weiterer Folge die Frage vorlegen: 1. ob es denn nicht eventuell bei Normalen möglich sei, unter ähnlichen, sozusagen künstlich gesetzten Bedingungen, sprachlich zu assoziieren, und wie sich 2. dann solche sprachliche Duktus verhielten.

Es ist natürlich, dass ich zur Ausführung dieser Versuche möglichst einfache Bedingungen setzen musste. Intrapsychische Ataxie lässt sich eo ipso nicht experimentell erzeugen. Wohl aber kann es bei einiger Übung gelingen, seine Aufmerksamkeit von dem Inhalte des Vorstellungsablaufes abzulenken, letzteren dabei laut werden zu lassen und ihn sogleich zu fixieren. Es lag also zunächst im Plan der Untersuchung, Vorstellungsreihen sprachlich ablaufen, Reihenassoziationen bilden zu lassen. Es wäre natürlich nun ganz falsch gewesen und hätte die Versuchsbedingungen trüben geheissen, hätte ich etwa die Methode des Niederschreibenlassens gewählt oder die Versuchspersonen nur einzelne Vorstellungssymbole ohne Beziehung auf grammatikalische Form aneinanderreihen lassen, Da hätte ich regelrechte Laboratoriumsartefakte erzeugt. Ich liess also die Versuchspersonen an ein von mir gegebenes Stichwort anknüpfend durch je 1 Minute pro Einzelversuch sozusagen darauflosreden, was und wie es ihnen gerade einfiel, und wies sie nur an, ihre Aufmerksamkeit dabei zu entspannen, d. h. dem Gesprochenen nicht zuzuwenden, was den verwendeten, durchwegs intelligenten Personen (gebildeten und ungebildeten) auch stets gelang. Bei der Hälfte der Versuche schaltete ich auch einen unten noch zu besprechenden „Ablenkungsmechanismus“ ein. Ich will bemerken, dass von den 14 Normalen nur 3 (mich eingeschlossen) vor-

her von dem Zweck der Untersuchungen einiges wussten, die anderen hatten vorher davon kaum eine Ahnung. Sie alle aber redeten darauf los ins Blaue hinein, blind durcheinander, was ihnen eben einfiel, und wussten gleich nachher meist kaum recht, was sie gesprochen hatten. Dabei ward das Tempo stets ein so rasches, dass die sofortige genaue Fixierung nur durch den Phonographen gelang. Dass mir ein vorzüglicher derartiger Apparat zur Verfügung stand, verdanke ich der Munifizenz des Phonogramm-Archivs unserer Kaiserl. Akademie der Wissenschaften, speziell der Liebenswürdigkeit des Direktors derselben, Herrn Hofrates Prof. Dr. S. Exner, und des Archivars Herrn Fritz Hauser. Es ist mir eine angenehme Pflicht, ihnen hier meinen aufrichtigsten Dank hierfür auszusprechen.

V.

Wenn ich das Bild, das ich von diesen Versuchen erhielt, prüfe, so resultiert, wie ich gleich vorweg bemerken möchte, ein von den meisten bisherigen Angaben einigermaßen differentes Ergebnis. Man sollte erwarten, dass die sprachlichen Depositionen meiner Versuchspersonen, die ohne jede gefühlsbetonte Ziel- resp. Obervorstellung darauflosredeten, den Charakter der Ideenflucht oder der Inkohärenz an sich tragen; wenigstens wäre dies nach den meisten bisher in der Litteratur, soweit sie mir zugänglich ist, diesbezüglich vorliegenden Angaben zu erwarten gewesen. Dem ist nun aber nicht so! Von den zahlreichen Versuchsreihen, die ich erhielt (es sind geradeaus 100, deren jede wieder aus durchschnittlich 100—250 (und darüber!) Worten*) besteht und die im ganzen ca. 10000

*) Der grossen Freundlichkeit des Herrn Direktor Fleischner von unserem reichsrätlichen Stenographenbureau verdanke ich die Angabe, dass in geordneter, freier Rede durchschnittlich 130—140 Einzelworte in der Minute gesprochen werden. Zahlen über 180 Worte sind schon äusserst selten. Die Minimalgrenze (in deutscher Rede und bei Rednern deutscher Nationalität) beträgt etwa 100 Worte. Interessant ist für die späteren Auseinandersetzungen übrigens die mir von Herrn Direktor Fleischner gemachte Angabe, dass in hochpolitischen und wichtigen freien Reden, denen der jeweilige Redner die angespannteste Aufmerksamkeit widmet, das sonst so häufige und gewöhnliche „Versprechen“ am seltensten vorzukommen pflegt.

Einzelassoziationen numerisch gleichkommen, zeigt trotz mannigfacher innerer Verschiedenheiten zwischen ihnen, fast jede ein Charakteristikum mit allen anderen gemeinsam: es besteht nämlich stets ein, wie wir noch sehen werden, zu ganz eigenartigen sprachlichen Bildungen führendes Gemisch von „Ideenflucht" und Perseveration in regellosem Durcheinander. Zugleich treten Kontrastassoziationen und vor allem die nach dem Vorbilde Meringer's und Mayer's, von mir als Kontaminationen bezeichneten sprachlichen Erscheinnngen deutlich hervor. Genaueres bringen diesbezüglich die Einzelanalysen.

Eigenartig ist zunächst die Form des Gesprochenen: wir finden nämlich ein Durcheinander von 1. grammatikalisch korrekten Sätzen mit sinnvollem Inhalte; 2. grammatikalisch halbkorrekten, unvollkommenen, oder, um einen bei uns geläufigen, bezeichnenden Dialektausdruck zu gebrauchen, „schlamperten" Satzkonstruktionen mit, aber auch ganz oder zum Teile, ohne sinnvollen Inhalt; 3. grammatikalisch korrekten Satzformen ohne jeden inhaltlichen Sinn; 4. Formen letzterer Art, zwischendurch modifiziert durch Agrammatismen oft perseveratorischer oder verbigeratorischer Art, die geradezu den Charakter der hebephrenisch-katatonischen Bildungen an sich tragen; 5. Reihen von perseveratorisch oder verbigeratorisch sich wiederholenden Worten, Silben, selbst sinnlosen Neologismen, die ohne jeden grammatikalischen Zusammenhang oder höchstens Ansätze zu solchem zeigend, sich aneinanderreihen, oft mitten in einen sonst relativ halbwegs geordneten Duktus hineingestreut; 6. einzelne, jedes erweisbaren Zusammenhanges entbehrende Worte oder Silben, die besonders oft, aber durchaus nicht immer den Charakter von Flickwörtern an sich tragen.

Die einzelnen Versuche, von denen ich im folgenden eine Reihe prägnanter Paradigmen bringen will, zeigen natürlich nicht alle diese Komponenten in gleichmäßiger und gleich starker Ausprägung. Aber immer wieder verrät sich 1. die Tendenz, der grammatikalischen Satzform zuzustreben und nicht ausschliesslich sprachliche Symbole diskontinuierlich aneinanderzureihen; 2. ausgesprochene Tendenz zu sogenannten Kontaminationen (Verschmelzungen); 3. die Tendenz der

sprachlichen Duktus zum Abspringen von dem jeweils an der Oberfläche befindlichen Verbalinhalte zu anderweitigen nach den bekannten Gesetzen der assoziativen Verwandtschaft; 4. das stete Durchbrochenwerden, ja selbst stellenweise Lahmgelegtwerden dieser Tendenz durch die Erscheinungen der Perseveration und durch an Verbigeration aufs äusserste gemahnende Episoden. Weiter unten möchte ich einzelne, wie ich glaube, nicht uninteressante Details noch etwas eingehender behandeln.

Alles in allem entsprechen die von den Versuchspersonen produzierten verbalen Entäusserungen nicht dem Charakter ideenflüchtiger oder gänzlich anakoluther Reihen, sondern sie entsprechen, wie unten an Beispielen gezeigt werden soll, so ziemlich dem, wie Aschaffenburg treffend bemerkt hat, aus Ideenflucht und Stereotypien gemengtem Wortsalat der Katatoniker. Namentlich aber scheint mir von Interesse, dass die ja physiologischerweise eingeschliffene Tendenz zu grammatikalischer Copulation beibehalten wird.

Es liegt mir natürlich fern, auf Grund meiner Untersuchungen vorschnell Sätze allgemeiner Art aufzustellen, wenngleich es doch vielleicht ins Gewicht fällt, dass es sich um 14 Personen differentester Qualifikation handelt, Ärzte, Studenten, Pfleger und Diener, die so gut wie alle einen homologen Reaktionstypus aufwiesen, die alle mehr minder „katatonierten" (man verzeihe mir diesen klinischen Dialektausdruck), wenn man ihnen plausibel gemacht hatte, dass es möglich sei, unter Entspannung der Aufmerksamkeit eine bestimmte Zeit hindurch zu reden, wenn man ihnen erklärt hatte, was man sich unter zielbewusster Rede und deren Gegenstück vorstelle, wenn sie diese Erklärung begriffen hatten, wenn sie auf den Zustand der Schlaftrunkenheit als Paradigma hingewiesen worden waren und wenn sie dann auf ein gegebenes Stichwort hin in das Sprachrohr hinein vociferierten.

Ich will bemerken, dass es mir bei intelligenten, auch mindergebildeten Personen nicht schwer fiel, ihnen theoretisch, praktisch und durch Demonstration plausibel zu machen, was unter Aufmerksamkeit, Obervorstellung, geordneter Rede, Asso-

ziieren und Reden „ins Blaue hinein" zu verstehen sei; nach einiger Übung ging der Versuch durchgehends glatt; ich sage aber ausdrücklich: nach einiger Übung; es war speziell bei den Mindergebildeten (Pfleger, Diener) ein sehr gewöhnliches Vorkommnis, dass sie meine Belehrungen wohl recht rasch kapierten und dann doch bei den ersten Versuchen, die ich erfahrungsgemäß auch stets nur als Vorversuche gelten liess, und die natürlich unter den oben erwähnten nicht mit einbegriffen sind, versagten. Die Gründe hierfür waren verschiedene. Zunächst einmal musste die unleugbare Komik, die zu Beginn der ganzen Versuchsanordnung anhaftete, störend wirken; das ward allerdings rasch überwunden. Länger dauerte das störende Moment der Scham, die Angst, sich zu „verplappern", „Geheimnisse preiszugeben"; derlei war nämlich recht gewöhnlich; eine Reihe von Sprachproben spottet gerade darum der Möglichkeit einer wörtlichen Wiedergabe, weil zwischendureh Schimpfworte, Obszönitäten, zweifelhafte Witze über delikate Angelegenheiten u. dergl., wenigstens andeutungsweise, in geradezu zwangsmäßiger Weise bei dem meist rasenden Tempo, in das die Sprechenden verfielen, mit an die Oberfläche gerissen wurden, so dass es nicht erst der speziellen Bitte der Reagenten bedarf, um derlei wenn schon überhaupt, so doch nicht verbal oder unter Namensnennung zu reproduzieren; war auch dieses hindernde Moment überwunden resp. die Versuchspersonen diesbezüglich beruhigt, und hatten sie sich daran gewöhnt, mich selber resp. andere Anwesende als in dieser Hinsicht neutral zu betrachten und sich keine Gêne aufzuerlegen, so ergab sich noch eine weitere Schwierigkeit: es war ganz gewöhnlich, dass die Versuchspersonen zu Anfang über die ersten Sätze nicht hinauskamen; dann stockten sie, meinten, es „fiele ihnen nichts ein, sie könnten nicht weiter". Darauf möchte ich mit einigen Worten eingehen. Es stellte sich nämlich in allen Fällen heraus, dass diese Erscheinung in nichts anderem ihren Grund hatte, als darin, dass die Reagenten ihre Aufmerksamkeit nicht entspannt hatten, sondern von der Absicht geleitet, dies zu tun, gerade in das Gegenteil verfallen waren; wir sind es de norma so sehr gewohnt, unter Leitung von Obervorstellungen zu denken, dass wir, wenn wir irgend

ein bestimmtes Ziel vorgesteckt bekommen, immer wieder in diese Tendenz zurückverfallen, selbst wenn dieses Ziel geradezu darin besteht, Obervorstellungen auszuschalten, wie hier: die Reagenten begannen nach irgendwelchen Vorstellungen zu suchen, um sie in Verbaläusserungen umzusetzen, und trachteten nun noch, dies möglichst rasch zu bewerkstelligen. Gerade dadurch war aber, wie ohne weiteres einleuchtet, ein besonders störendes Moment gegeben. Erst als den Reagenten zu Bewusstsein gekommen war, dass das Suchen nach sprachlichen Vorstellungen vollkommen überflüssig sei, da sich solche spontan in Fülle in den Vordergrund drängen, verschwanden die anfänglichen Stockungen rasch, und es konnte nun zu den eigentlichen Versuchen geschritten werden. Einige weitere Bemerkungen über diesen Punkt lasse ich übrigens später folgen. Es bedarf keines besonderen Hinweises darauf, dass während derselben überflüssige Sinnesreize tunlichst ausgeschaltet wurden. Die Reagenten sahen und sprachen direkt in die schwarzgestrichene Tube hinein.

Es erschien mir nicht ganz überflüssig, auf diese Details hier etwas breiter einzugehen, da sie bei eventuell anderwärts zu unternehmenden ähnlichen Versuchen vielleicht Berücksichtigung verdienen würden. Ich erwähne auch nochmals, dass ich als normale Versuchszeit in der Regel 1 Minute festsetzte. Dies hatte rein äussere Gründe, da erstens dieser Zeitraum empirisch sich als gerade hinreichend erwies, um längere und doch übersichtliche sprachliche Duktus zu erzielen, und da andrerseits auf einer phonographischen Walze dann gerade zwei solcher Parallelreihen Platz fanden, und so rasch und expeditiv nebeneinander aufgenommen werden konnten. Als Stichworte dienten möglichst einfache, naheliegende Substantivausdrücke heterogenster Art.

Die Versuchspersonen, denen ich an dieser Stelle bestens danke, waren ausser mir die Herren Dr. Dobrschansky, Dr. Pötzl und Dr. Vyoralek, die Herren stud. med. (jetzt Dr.) Frisch, Tedesco, Gottlieb, Barcsai und Zalozieckі, Oberpfleger Gabriel, Stationspfleger Pichler, die Pfleger Willinger und Buzowsky, sowie der klinische Diener Wessely. Mit Ausnahme eines meiner Kollegen, dessen

Muttersprache das Tschechische, des Herrn stud med. B., der Ungar, und des Herrn stud. med. Z., der von Geburt Ruthene ist, sind sämtliche Reagenten deutscher Nationalität. Indess beherrschten die nichtdeutschen Kollegen das Deutsche durchgehends gut, und es ist Deutsch seit Jahren ihre Denk- und Umgangssprache, speziell bei Herrn Z.; selbstredend wird übrigens auf Fehler solch äusserer Provenienz entsprechend Rücksicht genommen. Es ist ferner sprachlich nicht ganz ohne Belang, dass bei uns Deutschen durchgehends die habituelle Andeutung von Wiener Dialektfärbung in Satzbau und Wortbildung mehr minder durchschlägt, je nach dem individuell verschiedenem Grade, mit dem sie die Umgangssprache des einzelnen beherrscht, aber wohl nirgends ganz zu verkennen, vor allem nicht bei den Pflegepersonen und beim Diener W. Nur ein Kollege, der aus der Bukowina stammt, zeigt in seiner Sprechweise einzelne fremdartige, dem dort landesüblichen Deutsch, das stark mit Slavismen, rumänischen und selbst orientalischen Anklängen durchsetzt ist, entsprechende Bildungen.

Den Kollegen Dr. Dobrschansky und Pötzl möchte ich für ihre besonders warme Anteilnahme an dieser Arbeit an dieser Stelle wärmstens danken.

Mit einer einzigen Aufnahme — Koll. Dr. V. betreffend, wo es aus äusseren Gründen nicht mehr möglich war — wurden die Versuche mit den Reagenten nach erfolgter Niederschrift rekapituliert, um über die Zusammenhänge des Gesprochenen ins Klare zu kommen. Darüber weiter unten Genaueres.

VI.

Ich will nun zunächst an der Hand ausgewählter konkreter Beispiele die „Sprachverwirrtheit“, wie sie von normalen Personen produziert wird, falls sie unter Entspannung der Aufmerksamkeit ihrem Assoziationsspiel freien Lauf lassen bezw. solche Duktus verbal reproduzieren, analysieren. Ich beginne mit einer Sprachprobe eines der ärztlichen Kollegen.

I. Versuchszeit 18. II. 1904, 11 Uhr vorm.
Reizwort: Tier.
Versuchsdauer: 1 Minute.

Zahl der gesprochenen Worte: 189.

„Tier, Tier, Haus, Tier, Tierversuch, ein Versuch, welcher an Tieren gemacht wird, an Katzen gemacht wird, die man dann zu Mittag zu speisen bekommt, der Dr. X . . . (Eigenname) macht Tierversuche gegen den Willen des Landesausschusses, der Landesausschuss, der Landesausschuss, der Landesausschuss Y . . . (Eigenname), Y . . . hat ihm, hat ihm verboten, Tierversuche zu machen, und es ist eine lange Geschichte in die Zeitung gekommen, in die Zeitung gekommen, vom Landesausschuss, in die Zeitung gekommen, in die Medizinersammlung gekommen, ist dort besprochen worden, der Hofrat S . . . . . (Eigenname) hat dort eine lange Rede gehalten. keine Rede gehalten, hätte eine Rede halten sollen, gehalten halten werden sollen, und infolgedessen hat der Dr. S . . . . „ der Professor S . . . . . mit dieser Rede nicht zu Ende kommen können, es hat einen grossen Quatsch gesetzt, man hat den Leuten die Ställe verboten, das Tierversuch, das Tierexperiment verboten, die Ställe verboten, die blauen Gänse verboten, die grünen und blauen Gänse verboten, man ihnen verboten, in den Ställen Tiere zu halten, Tiere zu halten, in der Landes-Irrenanstalt auf klinischem Boden, ausserhalb des klinischen Bodens, man hat die Ställe hinausgestellt auf die Gasse, auf die Gasse, auf die Gasse, vor die Gasse, vor den, ...“ (Versuchsschluss).

Lassen wir nun den Inhalt dieses Phonogramms Revue passieren. (Ich bemerke, dass ich mich bei der Benennung der Assoziationen im allgemeinen des von Jung modifizierten Aschaffenburg'schen Assoziations-Schemas bediene, ohne, wie weiter unten ersichtlich, mich für alle Einzelheiten desselben zu engagieren.)

Auf das Reizwort „Tier“ erfolgt zunächst mehrmalige echolalische Wiederholung desselben; zwischendurch ist eine Assoziation „Haus“ eingestreut, die ebensowohl prädikative Bedeutung haben wie eine blosse Wortergänzung darstellen kann; dann folgt das Wort „Tierversuch“; auch diese Assoziation lässt eine mehrfache Deutung zu; man kann an Koordination denken; indess kommt, wie wir gleich sehen werden, ein äusseres Moment mit in Betracht, welches eine Assoziation

von „Tier" gerade auf „Tierversuch" gerechtfertigt erscheinen lässt, ein Moment, das wir mit Ziehen am besten als „Konstellation" werden bezeichnen können, insofern uns allen, wie auch aus dem folgenden noch hervorgehen wird, damals gerade das Thema des Tierexperimentes besonders nahe lag.

Bis dahin sehen wir bloss einzelne Wörter, Substantiva, ganz agrammatisch aneinandergereiht; nun folgt zum ersten Male ein Satz, in dem „Tierversuch" prädikativ äusserlich korrekt definiert wird; freilich könnte man dabei auch an Identitätsassoziation denken; und nun geht der Duktus von Tierversuch zu „Katzen"; man kann den Konnex ebensogut als Koexistenz wie als Koordination resp. Subordination auffassen; gleichzeitig aber fällt schon hier die an Verbigeration gemahnende Wiederholung des Prädikatverbums auf; der folgende Prädikatsatz erklärt sich gleichfalls in sehr durchsichtiger Weise als Scherzwort, welches durch seinen häufigen Gebrauch in unserem klinischen Dialekt eine Art permanenter Konstellation besitzt.

Bis hierher kann man im ganzen und grossen den Duktus noch als sinnvoll bezeichnen; von da ab jedoch treten formell und inhaltlich Abweichungen von sinnvoller Diktion zu Tage. Die Rede knüpft nämlich nun wieder an „Tierversuch" an und eine hiermit zeitlich koexistente Affäre, die damals die ärztlichen Kreise hier viel beschäftigte, beginnt nun verbal anzuschliessen. Zunächst wird von Dr. X . . . . prädikativ etwas ausgesagt. Hier haben wir aber bei äusserlich korrekter Satzform schon eine inhaltliche Unrichtigkeit resp. Nichtübereinstimmung von Satzinhalt und dem uns allen, also auch der Versuchsperson geläufigen Tatbestande: Es war nämlich seinerzeit von Dr. X . . . . . dieses de facto nicht zutreffende Gerücht verbreitet gewesen und es war alsbald entkräftet worden; wir finden also bereits hier ein Abgleiten, Vorbeizielen, Vorbeireden: die Satzform ist korrekt, das beabsichtigte Thema an sich wird getroffen, aber die Ausdrucksweise resp. Wortfügung ist dem sinngemäßen Tatbestande nicht adaequat, sondern verrät nur eine gewisse assoziative Beziehung zu ihm, die in diesem Falle geradezu, wenn auch in etwas gedrängter Form, dessen Negativ darstellt; darüber später mehr. Man brauchte

nur den in Betracht kommenden Passus in Frage- und Antwortform zu kleiden, um die Homologie mit dem „Vorbeireden“ zu verstehen.

Das Wort „Landesausschuss“ bez. „L.-A. J. . . . .“ wird nun perseveratorisch mehrmals wiederholt, entsprechend seiner durch die Konstellation gegebenen gewichtigen assoziativen Bedeutung; daran schliesst sich eine inhaltlich sinnvolle, grammatikalisch korrekte prädikative Assoziation in Satzform (mit einmaligem, an sich noch nicht anormalem Wortstottern). Das Thema bleibt perseveratorisch anhaltend das gleiche. Nun schliesst sich daran nach dem Gesetze der zeitlichen Koexistenz die Reminiszenz, dass eine mit der obigen zeitlich und innerlich verwandte Affäre seinerzeit in der Presse viel erörtert ward und eine zweite, dass sie in einer Medizinerversammlung zur Sprache gekommen war; Diktion korrekt, Inhalt sinngemäß; daran schliesst sich nun die Bemerkung, dass Hofrat S. bei dieser Gelegenheit eine lange Rede gehalten habe. Dieser Satz ist grammatikalisch korrekt; inhaltlich nun hat er eine äusserliche, koexistente Beziehung zum Thema, aber er ist wieder dem allbekannten Tatbestand nicht adäquat, insofern Hofrat S . . . . damals im Programm als Redner stand, wider Erwarten jedoch nicht das Wort ergriff; also wieder paralogierendes Abgleiten und wieder eigentlich geradezu das Negativ des bekannten Tatbestandes! Diesmal tritt dies umso drastischer hervor, als anschliessend daran dieser Tatbestand volkommen korrekt assoziiert wird, woran sich noch eine sinnlos-verbigeratorische Wiederholung der terminalen Zeitwörter schliesst. Man denkt an die von Bleuler jüngst ausgesprochene Vermutung, wonach jede Vorstellung mit der Kontrastvorstellung in besonders inniger assoziativer Verwandtschaft steht.

Von besonderem Interesse ist nun der nachfolgende Satz: er hat äusserlich den Charakter eines grammatikalisch leidlich korrekten Prädikat- oder Kausalsatzes; inhaltlich stellt er sich aber dar als eine Art perseveratorischen Nachbildes und dabei eine Art Diagonale der beiden vorangegangenen Sätze, und entbehrt natürlich als solcher jedes Sinnes, wie ohne weiteres einleuchtet. Wir können vielleicht von Kontamination reden in verwandtem Sinne, wie Meringer und Mayer in

ihrer schönen Abhandlung diesen Terminus gebrauchen. Kontaminationen bestehen nach diesen Autoren darin, dass aus mehreren Sätzen einer, aus mehreren Wörtern eines wird. Es erscheint mir dieser Punkt von einer gewissen Bedeutung, weswegen ich einiges hierüber mitteilen möchte. Die genannten Autoren haben gefunden, dass das physiologische Versprechen nach gewissen Regeln vor sich geht; sie erwähnen zunächst Vertauschungen (z. B. „zwecktischer Prak" statt „praktischer Zweck"); ferner Vorklänge (Antezipationen) und Nachklänge (Postpositionen) von Satz- oder Wortteilen, welch letztere Kategorien sich indess, wie sie erwähnen und wie ich gleichfalls glauben möchte, zwanglos der bereits erwähnten und mir besonders wichtig erscheinenden Gruppe der Kontaminationen (Verschmelzungen) einreihen lassen. Ebenso möchte ich glauben, dass die sogenannten Substitutionen („Sprachfehler, welche darin bestehen, dass man ein Wort durch ein ähnliches, aus irgend einem Grunde dem Bewusstsein mindestens augenblicklich näher liegendes Wort ersetzt") grossenteils auf der Verschmelzung zweier assoziativer Duktus beruhen, insofern die irgendwie ähnliche sprachliche Vorstellung — öfters unter Auslassung einer Zwischenvorstellung als mittelbare Assoziation — schlechthin mit dem initiierten Duktus resp. seinem grammatikalischen Aufbau verschmilzt (z. B. „Wes Brot ich ess', des Lob ich trink'"); zuweilen ist da auch Perseveration im Spiel („achtzehnhundertneunzehn" für „achtzehnhundertneunzig"). Weniger in Betracht kommen für uns gewisse Lautierungsfehler. Für unser Thema erscheint mir am belangreichsten die von Meringer und Mayer als sehr gewöhnliche Form des Versprechens gewürdigte Kontamination. Die genannten Autoren bringen hierfür einige instruktive Paradigmata, z. B.: „Ich kann nicht zwei Fliegen auf einmal dienen"; oder „der Mann hat schon viel hinter sich gemacht"; oder „ich komme um die Stadt bin ich gegangen"; ein recht instruktiver Fall ist der von den Verff. schematisch dargestellte: man denkt zu gleicher Zeit an zwei Satzinhalte: „ich glaube, dass X. nicht begabt ist" und „ich glaube nicht, dass X. begabt ist"; beide „schneiden" sich nun und das Resultat ist, dass aus ihrer Kreuzung resultiert:

„ich glaube, dass X. begabt ist"; also gerade das Gegenteil dessen, was beabsichtigt ist! Ähnlich: „Unvorbereitet, wie ich mich habe" (aus „Unvorbereitet, wie ich bin", konkurrierend mit dem Nebengedanken: „Vorbereitet, wie ich mich habe"). In unserem Falle nun liegt, wie ich glaube, eine Art assoziativer Kontamination vor: Die sprachliche Vorstellung, „Hofrat S. hat eine lange Rede gehalten", und die ihr innig verwandte reale Kontrastvorstellung klingen alle beide perseveratorisch nach und kontaminieren sich im sprachlichen Nachbild zu einer sprachlichen Mischvorstellung, die als grammatikalisch korrekter, inhaltlich sinnloser Prädikatsatz laut wird.

Auf die wichtige Bedeutung gerade der Kontamination werden wir noch mehrfach zu sprechen kommen müssen. Ich möchte diese sogar etwas weiter fassen als Meringer.

Das daranschliessende Sätzchen hat die Bedeutung eines grammatikalisch korrekten, im klinischen Dialekt gehaltenen Prädikatsatzes, der in scherzhaftem Sinne auf die gesamten in Rede stehenden, viel diskutierten Begebenheiten gemünzt ist. Nun folgen wieder einige klassische Kontaminationen: „Man hat den Leuten die Ställe verboten" ist kontaminiert aus den beiden Teilsätzen der koexistenten Reminiszenz, dass seinerzeit gleichzeitig einem klinischen Institute verboten ward, Tierställe zu halten; zwischenhinein perseverirt die von früher her noch anklingende Vorstellung „Tierversuch" und verschmilzt mit dem unmittelbar perseverierenden „verboten" zu „Tierexperiment verboten"; und ähnlich „Ställe verboten." Eine besonders klassische Begriffskontamination liegt aber in der Wendung „die blauen Gänse verboten"; hier kontaminiert sich mit dem perseverierenden Worte „verboten" in ein Satzgefüge die durch Koexistenz verwandte Reminiszenz an eine Affäre, in deren Zusammenhang von Vivisektionsgegnern gerügt ward, dass im Wiener pathologischen Institute Gänse zu Versuchszwecken blau markiert würden (die „blauen Gänse" waren später ein geflügeltes Wort im medizinischen Wien geworden); diese beiden Reminiszenzen verschmolzen dann zum „Verbot der blauen Gänse", woraus sich noch durch Koordination einer verwandten Vorstellung das „Verbot der grünen und blauen Gänse" ward. Wir lernen so in der Kon-

tamination, die, wie Meringer mit Mayer gezeigt hat, schon de norma eine sehr erhebliche Rolle beim sogenannten Versprechen spielt, und die naturgemäß bei entspannter Aufmerksamkeit weit grössere Dimensionen annimmt, eine weitere Quelle verbaler Wendungen vom Charakter paralogierenden Abgleitens kennen.

Durch ein Gemisch von Perseveration und Verschmelzung entsteht dann das „Verbot, in den Ställen Tiere zu halten". Die weiteren Sätze stellen wieder Kontaminationen dar, insofern sie eigentlich an die koexistente Reminiszenz anknüpfen, dass unsere in der Wiener Landesirrenanstalt untergebrachte Klinik als akademischer Boden sozusagen exterritorial ist und ausdrücklich von der Behörde wissenschaftliche Tierversuche auf diesem Boden für *statthaft* erklärt worden sind; diese Reminiszenz verschmolz mit der perseverierenden früheren Sprachvorstellung zu dem „Verbote, auf klinischem Boden Tiere zu halten"; es mag sich hier aber auch um eine Kontrastassoziation handeln, denn es schliesst sogleich die korrekte, sinngemäße Vorstellung an; dann folgt abermals eine fulminante kontaminatorische Paralogie: Reagent dachte daran, dass wir zu jener Zeit unsere Tierställe von einem Raume der Anstalt auf klinischen Boden verbrachten, um der Vorschrift Genüge zu leisten; damit kreuzte sich als zweite Vorstellung, dass man an einer anderen Klinik, wie früher erwähnt, die Tierställe gleichsam „auf die Gasse geworfen hatte"; aus diesen beiden zeitlich koexistenten Sätzen ward das „Hinausstellen der Ställe auf die Gasse, vor die Gasse" (vor das Haus!) kontaminiert, wobei die letzte Wendung verbigeriert wird. Der Schlusssatz wird durch den Versuchsschluss unterbrochen.

Wir sehen also, wie sehr schon für dieses erste konkrete Beispiel die oben entworfenen Charakteristika zutreffen. Es gibt darin keine Obervorstellung: wohl perseveriert die „Antivivisektionsaffäre" während des ganzen Duktus, doch vermag sie diesen in keinen logisch geordneten Weg zu bringen, keinem Ziele zuzuführen, denn es fehlt ihr trotz ihrer Perseverationstendenz der durch das Moment besonderer Aufmerksamkeit, resp. einen bestimmten Gefühlston gegebene Charakter einer Ober-, einer

Leitvorstellung. Der ganze Duktus stellt ein Chaos dar, disjecta membra, Perseveration, Verbigeration, lockere Ideenflucht mischen sich durcheinander, neben Agrammatismen finden sich Satzbruchstücke, aber auch ganze, korrekt konstruierte Sätze. Kein Wunder, wenn die schon physiologischerweise auftretenden Sprachfehler sich nun ganz beträchtlich steigern. Inhaltlich reihen sich die einzelnen Sprachvorstellungen nach verschiedensten Gesichtspunkten, wie sie das Jung'sche Schema darbietet, aneinander. Es muss aber betont werden, dass es sehr gewöhnlich (und das gilt für alle Versuche) nicht ohne Zwang möglich war, die einzelnen Assoziationen eindeutig zu klassifizieren: Koexistenz, Koordination und Prädikativbeziehung konkurrieren besonders oft, so dass nicht selten niemand, weder der Reagent noch ich, eine diesbezüglich eindeutige Entscheidung zu fällen vermochten; ich würde das in Wirklichkeit auch für meist undurchführbar halten; ich will darauf weiter unten noch zurückkommen.

Wir sehen weiter, wie all diese formalen Fehler, besonders aber das Interkurrieren der Kontrastvorstellungen, die Perseverationstendenz sowie die als solche in geringerem Grade schon physiologisches Versprechen bedingende Kontaminationstendenz sprachliches Abgleiten resp. Paralogieren hervorrufen. Wir sehen endlich, wie aus dem Gemisch all dieser Dinge der ganze Ductus einen Charakter annimmt, der ihm mit dem Wortsalat der Katatoniker eine deutliche Ähnlichkeit verleiht.

Es erscheint mir recht plausibel, dass mangels des Vorhandenseins einer regulierenden Leitvorstellung die kontaminatorischen Verschmelzungen in Satz- und Wortkonstruktionen so sehr überhandnehmen. Gerade unsere Sprache mit ihrer — wie besonders Fremde so oft bezeugen — ganz besonders komplizierten Grammatik bedingt, soll die korrekte sprachliche Einkleidung unserer Vorstellungen nicht leiden, ein beträchtliches Maß von Konzentration. Fehlt nun diese und wird andrerseits die von frühester Kindheit an gewohnte Ausdrucksweise in einfacherer Satzform — wir reden und denken eben de norma kaum je in diskontinuierlichen Einzelvorstellungen — mechanisch beibehalten, so erscheinen alle möglichen Vorstellungselemente zu Konstruktionsgebilden von äusserlich mehr

minder korrekter Beschaffenheit verquickt, ohne dass indess diese mechanisierten Konstruktionsgebilde dem Sinne der nicht nach grammatikalischen, sondern anderweitigen Gesichtspunkten zueinander in Beziehung tretenden Vorstellungen genauer gerecht würden. Kreuzen sich oder konkurrieren, wie ja sehr häufig, mehrere Vorstellungen oder Reihen zu annähernd gleicher Zeit, so ist dann nicht nur Antecipationen und Postpositionen, sondern Kontaminationsbildungen im weitesten Sinne Tür und Tor geöffnet; besonders augenfällig wird dies, wenn Zwischenvorstellungen und Zwischensätze ausfallen, wenn, wie bei Aufmerksamkeitsausschaltung ja häufig, mittelbare Assoziationsbildung statthat; dann verschmelzen grammatikalisch oft die heterogensten Gebilde.

Nun ein zweites konkretes Beispiel aus den Reaktionen eines anderen Kollegen.

II. Versuchszeit: 24. I. 1905, 11 Uhr Vorm.

Versuchsdauer: 1 Minute.

Zahl der gesprochenen Wörter: 188.

Reizwort: Schaf.

„Schaf, Schaf, Schafskopf, Schafherde, die Schafe sind eine sonderbare Gesellschaft; Schaf, Schafe, in N . . . (Eigenname) sind die vielen Schafe und die X . . . (Eigenname einer Dame) von der sie reden, ist ein Schaf, eine Schaf, eine falsche (folgen zwei nicht reproduzierbare Ausdrücke), der Y . . . (Eigenname eines Künstlers) war auch ein Schaf, er hat sie gemalt und dabei noch einen Prozess gehabt, weil er eine solche Demi-Monde gemalt hat, die von künstlerisch, die von Künstlern gar keinen Sinn hat, gar keinen, gar keinen, Hemiparese, künstlerische, artistische Hemiparese, wie die ganze Sezession eine ist, wie Stransky demonstrieren wird im Volksbildungsverein, die Sezession Bucheggers, der eigentlich der Fürst der Sezession ist, der Obermacher, der Oberbriefbekommer der Sezession und der Oberkriegsmann, Kriegsmann, x . . . sche (Eigenname eines Staates) Sezession, ihre Sezession besteht darin, dass sie die wahre Kunst defraudiert und in die Kriegarchive und in die englische Bank legt, in die englische Bank, woselbst sie sicher liegt und aufgehoben, aber wenig Zinsen trägt, und die englische Kunst trägt wohl Zinsen und mancher täglicher Künstler ist mehr wert wie Z. . . .

(Eigenname) und alle möglichen anderen, die eigentlich auf Abteilung Zwei gehören und den Studenten demonstriert werden sollen, und die Studenten sehen das und sagen, das ist ungemein interessant. . . ." (Versuchsschluss).

Zunächst perseveriert,*) wie wir sehen, das Stichwort in mehrfachen, agrammatisch aneinandergereihten Ausdrücken, deren assoziative Verwandtschaft mit dem Reizwort rein sprachlich-motorisch ebensowohl gegeben erscheinen kann, wie durch häufige Koexistenz oder durch innere Assoziation, scil. Koordination. Daran schliesst sich ein sprachlich einwandsfreier Prädikatsatz von nichtssagendem Inhalte, einem Flickausdruck entsprechend, worauf sich wieder das Reizwort perseveratorisch durchdrängt. Es folgt nun ein Satz, der nicht ganz korrekte, sozusagen „verschlampte" Konstruktion zeigt, insofern in dem Rahmen eines recht primitiven Satzgerüstes eine mehr prädikative und eine mehr äussere, koexistente Association gleichsam formell verschmolzen zum Ausdrucke kommen; denn die Existenz zahlreicher Schafe in einem bestimmten Erdteil gehört grammatikalisch und begrifflich naturgemäß in eine andere Rubrik als die naheliegende Vergesellschaftung einer Dame mit diesem Erdteil; an die letztere Assoziation knüpft nun der weitere Gang der verbalen Produktion an; schon innerhalb des kontaminatorischen Satzes assoziiert sich der Eigenname mit dem perseverierenden Stichwort prädikativ; aber es wird sogleich klar, dass es sich wieder um paralogierendes Abgleiten durch Kontamination handelt, denn das perseverierende Wort „Schaf" stellt nur das unpassende Ersatzepitheton dar für einige andere in scherzhaftem Sinne adäquatere, hierauf folgende Epitheta. Durch Koexistenz, aber auch durch inneren Kausalzusammenhang mit dem Vorangegangenen verbunden ist die prädikative Bezeichnung eines Künstlers; hier ist das Prädikat „Schaf", in scherzhaftem Sinne natürlich, sogar intendiert; der darauffolgende Satz hat die Bedeutung eines erklärenden Kausalsatzes. Dann folgen eine Reihe schwerer

*) Den Begriff der Perseveration verstehe ich, wie wohl auch andere Autoren nicht in dem etwas begrenzten Sinne Jung's. Oft ist es nicht sicher zu sagen, ob blosse Perseveration oder andersartige Assoziation vorliegt, wie gerade in dem in Rede stehenden Beispiele.

Kontaminationen, die sich ohne weiteres als solche präsentieren: das „Malen einer Demimonde", die von „künstlerisch, die von Künstlern gar keinen Sinn hat"; es sind sprachlich verquickt die Vorstellungen, dass die X. . . . zur Halbwelt zähle mit jener, dass für einen grossen Künstler die Wahl eines derartigen Sujets eigentlich keinen Sinn habe und mit der dritten, dass die vorangegangenen Äusserungen eine kausale Beziehung hierzu hätten; natürlich wird hierdurch der Sinn des Gesprochenen wesentlich beeinträchtigt. Nach perseveratorischer Wiederholung der Worte „gar keinen" folgt nun wieder eine klassische Kontamination: „Künstlerische, artistische Hemiparese"; in diesen drei Worten zusammengepfercht kommt zunächst die Vorstellung zum verbalen Ausdruck, dass die „Demimonde" einen pathologischen Zug an sich trage, speziell die künstlerische und artistische; dabei schwebte aber fast gleichzeitig dem Reagenten vor, dass die „Hemiparese" gleichfalls eine pathologische Erscheinung sei; und nun kontaminieren sich beide Vorstellungskomplexe, wobei die äussere Form ungeachtet der prädikativen Bedeutung der in Rede stehenden Bemerkung agrammatisch ist; wie ersichtlich, haben wir gleichzeitig ein Beispiel mittelbarer Assoziation vor uns, indem die Vorstellung „pathologische Erscheinung" ausgelassen wird. Hieran schliesst sich koordinatorisch die in grammatikalische Form gekleidete Bemerkung über die „Sezession" (natürlich nur auf deren krankhafte Auswüchse angewandt).

Die nächste Serie von Bemerkungen wird nur verständlich, wenn wir wieder auf den Faktor der Konstellation zurückgreifen. Im Vordergrunde dieses Abschnittes aus dem Phonogramm steht nämlich die damals aktuelle Reminiszenz an einen unserer Kranken, einen Paranoiker mit phantastischen Grössenideen, denen er zuweilen durch eigenartig barocke, an gewisse Auswüchse des Jugendstyls erinnernde Zeichnungen bildlichen Ausdruck verleiht; ich sprach damals an der Klinik öfters davon, dass ich diese Zeichnungen gelegentlich eines damals bevorstehenden Vortrags im Wiener Volksbildungsverein zu demonstrieren beabsichtigte.

Man beachte nun, in welch' blühenden Kontaminationen diese Dinge zum verbalen Ausdruck kommen. Zunächst kommt

eine Art Begriffs-Antecipation (wie sie ja ähnlich in Bezug auf einzelne Wörter nach Meringer und Mayer auch beim Versprechen sich finden); es tritt nämlich die offenbar durch Konstellation stärkstbetonte Vorstellung (Stransky-Demonstration) zeitlich zuerst auf, statt logisch ans Ende gerückt zu werden, so dass sich die an sich total sinnlose Zusammenstellung zu ergeben scheint, als würde ich die „künstlerische Hemiparese" demonstrieren wollen; die logischen Prämissen hinken dann erst nach, wobei die verschrobensten Verschmelzungen produziert werden; der Name des Patienten, dessen Zeichnungen mit der „Sezession" verglichen werden sollen, kontaminiert sich in Form prädikativer Beziehung damit; sodann verbindet sich das perseverierende Wort „Sezession" mit der prädikativen Vorstellung, dass der Pat. sich in seinen Grössenideen öfters als mächtige Persönlichkeit bezeichnet, und es entsteht die Kontamination „B., eigentlich Fürst der Sezession" („eigentlich" hat den Wert eines Flickwortes). „Obermacher" ist ein Jargonausdruck, der zu „Fürst" in naher koordinativer Beziehung steht. Daran schliesst sich dann ein durch zeitliche Konstellation besonders nahe gerücktes und wohl rein sprachlich-motorisch verwandtes klinisches Witzwort („Oberbriefbekommer"), das mit der klebenbleibenden „Sezession" wieder sinnlos verschmilzt.

Von da ab nimmt der Duktus, der bisher durch das perseverierende Thema „Halbkunst" beherrscht wurde, eine Wendung, ohne dass etwa diese so lange perseverierende Vorstellung imstande gewesen wäre, zur Obervorstellung zu werden; wir sehen, dass eine bloss perseverierende Vorstellung damit noch lange nicht Ordnung in einen sprachlichen Ductus zu bringen vermag, noch lange nicht die Dignität einer Leitvorstellung besitzt, wenn ihr die entsprechende thymopsychische Komponente fehlt. Die Silbe „Brief" löste nun klanglich besonders leicht die Vorstellung „Krieg" aus, die ja damals wie heute eine Art permanenter Konstellation besitzt, „in der Luft liegt". Die Silbe „Ober" in Verbindung mit „Krieg" begünstigt den Gedanken an „Heerführer", ein Thema, das mit einer bestimmten, weiter unten ersichtlichen Pointierung damals für Zeitungsleser eine gewisse Konstellation hatte. Es entsteht so der Terminus

„Oberkriegsmann“, dann „Kriegsmann“, sprachlich natürlich unkorrekt, aber recht bezeichnend; der Anschluss erfolgt durch ein sinnloses, wohl nur interkaläre Bedeutung beanspruchendes „und“; nun perseveriert mitten in dieses Thema herein die „Sezession“, es entsteht die Kontamination „x. . . . sche (Eigenname eines hier in Betracht kommenden Staates) Sezession“, im weiteren folgt dann eine noch blühendere kontaminatorische Verschmelzung: die mit der Vorstellung „Halbkunst“ durch Kontrast verbundene Assoziation „wahre Kunst“ verschmilzt mit der auf scil. „x . . . schen Kriegsmann“ sich beziehenden, durch Konstellation (Witzblätter) begünstigten prädikativen Vorstellung des „Defraudierens“ zu einem zu dem perseverierenden Worte „Sezession“ in sinnlose Prädikatbeziehung tretenden Satz von leidlich geordnetem Aufbau, in dessen Gefüge sich noch die koordinatorische Vorstellung „Kriegsarchiv“, die ein Abgleiten von „Kriegskasse“ oder dgl. darstellt, mit der darauf bezüglichen Prädikatbestimmung „in die englische Bank legen“, kontaminiert. Letztere Vorstellung verbindet sich dann zunächst in sinngemäßer und korrekter Weise mit einem Prädikatsatz; der Begriff „englisch“ verbindet sich hierauf mit der durch die perseveratorische Konstellation begünstigen „Kunst“ wieder zu einem sinnvollen, wenn auch verbal etwas unklar reproduzierten Gedanken (dass die englischen Künstler viel Geld verdienen); diese Unklarheit ist der Perseverationstendenz, die sich in dem Worte „Zinsentragen“ äussert, zuzuschreiben; daran knüpft sich eine vor allem durch Koexistenz bedingte Assoziation (Vergleich mancher Alltagskünstler mit gewissen Modernen), sinnvollen und korrekten Inhalts. Zu Schluss taucht wieder der Vergleich mit pathologischen Erscheinungen auf und findet — ohne dass dies der Sprecher intendiert hätte! — seinen Ausdruck in einem entsprechenden Satze sehr affirmativen Inhalts, wo nur ein mittelbarer Vergleich beabsichtigt war; also wieder einer Kontamination! Endlich folgen durch Koexistenz und zeitliche Konstellation provozierte Reminiszenzen an den Besuch der Krankenabteilungen durch die Studenten resp. an Bemerkungen letzterer; auch hier deutet sich die unlogische kontaminatorische Verquickung zweier disparater Dinge in ein Satzgefüge an.

Auch dieses Beispiel zeigt uns, wie gerade Perseveration und Kontamination sowie Kontrastassoziationen reichliche Quellen paralogischer Gefüge und Konstruktionen abgeben. Es zeigt uns, wie das ganze Phonogramm sich aufbaut aus solchen Paralogien in regellosem Gemenge mit korrekten und selbst sinnvollen Konstruktionen, wie solche wieder mit Agrammatismen regellos abwechseln. Es scheint mir nicht ganz jeglichen Interesses zu entbehren, dass grade dann, wenn prädikative oder kausale Assoziationsfügung laut wird, die Kontaminationen sich besonders häufen. Kein Wunder! Das sind ja meistens Assoziationen von — ich möchte sagen — höherer logischer Wertigkeit, die also zum korrekten sprachlichen Ablauf eo ipso einer gewissen Aufmerksamkeitskomponente bedürfen. Ist diese vermindert oder gar aufgehoben, so leidet naturgemäß der logische Aufbau resp. dessen sprachliches Korrelat, besonders aber dann, wenn sich um Subjekt und Prädikat noch anderweitige Assoziationen drängen, Perseverationen interkurrieren oder besonders an „Knotenpunkten" der Rede, wo zwei oder mehrere Gedankenreihen resp. ihre sprachlichen Korrelate einander begegnen oder kreuzen. Es kommt da selbst zu echten Wortkontaminationen. Wir haben auch gesehen, dass Kontaminationstendenz und mittelbare Assoziationsbildung in gewissen Beziehungen stehen; hierzu stimmt es, dass letztere nach Jung bei Ablenkung der Aufmerksamkeit zuzunehmen pflegt.

Ein drittes Phonogramm stammt von mir selber:

III. Versuchszeit: 5. II. 1904, 10 Uhr abends.

Versuchsdauer: $1^1/_2$ Minuten.

Reizwort: Aal.

Zahl der gesprochenen Worte: 244.

„Aal, Aal, Aalesund, Aalesund, abgebrannte Stadt Aalesund in Norwegen, abgebrannte Stadt Aalesund in Norwegen, Aalesund, Sund, Sund, Sundzoll, Sundzoll, der Sundzoll, der Sundzoll, in Kopenhagen, der Sundzoll in Kopenhagen, Kopenhagen, Haag, S'Gravenhage, die Kriegsdepartement in Haag, das Kriegsdepartement in Haag, das Kriegsdepartement in Haag, in Haag, Madonna im Rosenhaag, die Gartenlaube, die Laube, der Laube, der Laube, der frühere Burgtheaterdirektor Laube,

Laube, Lauban, Laube, Lauban, in Lublinitz, der Lauban in Lublinitz, der Lauban in Lublinitz, der Lauban, der Lauban in Lublinitz; in Lublinitz ist überhaupt der Regierungs-, der Offizial-, Präsidential-, Präsidentialrat, Präsidentialrat, Provinzialrat, Primordialrat Leuban; der Lauban, der Primordialrat Leuban, der Primordialrat Leuban, der Primordialrat Clemens Neisser, Clemens Neisser, Primordialrat Clemens Neisser; Primordialdelirien, Primordialdelirien des Pötzl, der Pötzl, Primordialdelirien, der alte Pötzl mit seinem Hund, beim Pötzl oben, im Direktorial-, im Primordial-, im Primordial-Zimmer; im Primordialzimmer ist der Alte mit seinem Hund, der Pötzl mit seinem alten Hund, der alte Hund mit seinem Pötzl und der alte Pötzl mit seinem alten Hund; zahlreiche alte Hunde sind des Hasen Tod, und der Hase, und der Hase, und der Abgeordnete, Reichsratsabgeordnete Haase, der Reichsratsabgeordnete Haase, der Reichsratsabgeordnete Haase, zahlreiche Hasen, der Hasenklever, es gibt zahlreiche Hasen, zahlreiche Kläffer, Kläffer, zahlreiche Kläffhasen, Hasenkläffer, Hasenkläffer, Kläffhasen, Hasenkläffer, es gibt zahlreiche Kläffer, die Kläffer, die grossen Kläffer und die kleinen Kläffer, die grossen Kläffer sind die grossen Kläffer und die kleinen Kläffer sind zahlreiche Kläffer, welche von den Kläffern, den Kläffern im Kläffergewand, im Kläffergewande angekläffert worden sind. . . ." (Versuchsschluss).

An das Stichwort „Aal" gliedert sich die wohl wesentlich klangliche Assoziation „Aalesund" mit ihrem Prädikat, woran sich die Assoziation „Sund" durch Klang wie Koexistenz schliesst; ebensolche Doppelbedeutung hat wohl der Ausdruck „Sundzoll", während die Assoziation auf die skandinavische Hauptstadt wesentlich koexistenter (vielleicht auch prädikativer) Bedeutung ist; eine wesentlich klangliche Verknüpfung damit hat dann wieder „Haag" resp. „S'Gravenhage". Es folgt nun eine Kontamination: „Kriegsdepartement im Haag"; sie wird bedingt durch das Interkurrieren einer Art Kontrastassoziation, auf deren Bedeutung jüngst wieder Bleuler aufmerksam gemacht hat, wie bereits bemerkt; „Departement" ist eine mit „Krieg" verwandte (Koexistenz; Wortergänzung?) Bildung, deren Interkurrieren durch zeitliche Konstellation (Zeitungs-

lektüre) sich erklärt; der einmalige falsche Artikel ist wohl ein Lapsus simplex. Diese Wortzusammenstellung haftet nun mehrmals perseveratorisch; „Madonna im Rosenhaag“ ist wohl eine rein äussere, durch das klangliche Moment bedingte Assoziation, welche sich koexistent (prädikativ?) mit „Gartenlaube“ verbindet, worauf die beiden letzten Bildungen verbigeratorisch wiederholt werden. Daran nun schliesst sich rein klanglich die Assoziation „Laube“, die sich koexistent mit „Burgtheaterdirektor“ vergesellschaftet.

Bis hierher besteht der Duktus aus fast durchgehends agrammatisch aneinandergereihten Einzelverbindungen. Nun folgen eine Reihe interessanter Antezipationen und anderer Kontaminationen. An „Laube“ reiht sich zunächst klanglich „Lauban“, der Name einer preussisch-schlesischen Stadt, wozu vielleicht der Gedanke, dass Laube aus Schlesien stammte, mit prädisponiert haben mag. Nun aber blitzt hier ein anderer Assoziationskomplex auf, der sich etwa charakterisieren würde:

„Lauban — Leubus — Clemens Neisser — Lublinitz“

Klang	Koexistenz (mit prädikat. Nebenbedeutung als Orts-Attribut eines Forschers.)	Koexistenz (mit prädikat. Nebenbedeutung.)

Man beachte nun, in welcher Weise sich diese an sich einer logischen Verkettung fähige Assoziationsreihe hier abwickelt. Zunächst konstatieren wir Antezipationen: „in·Lublinitz“, das logische Endglied der Kette, wird zuerst laut, kontaminiert sich dann mit dem perseverierenden „Lauban“, das „Cl. Neisser“ substituiert, welche Wortzusammenstellung sich nun verbigeratorisch wiederholt: Es schwingt der Wortlaut des Phonogramms da immer um die zwei Fixpunkte „Lauban“ und „Lublinitz“ herum; zwischendurch drängt sich nun zunächst ein neues Sprachvorstellungselement ein: nämlich der Terminus „Provinzial“ (scil. „Irrenanstalt“) als koexistentes Prädikat zu „Leubus“ resp. „Lublinitz“; dieses Sicheindrängen einer prädikativen Bestimmung scheint vielleicht die freilich primitive Satzform des weiteren Ductus zu veranlassen; vor allem aber sehen wir wieder eine Reihe von wesentlich klanglichen und koexistenten Assoziationen auf „Provinzial“ sich antezipativ einschieben, so dass auch der weitere Duktus sozusagen nur

um diese ideale Achse schwingt. Ein besonders Interesse beansprucht dabei der Terminus „Primordial“, denn für ihn besteht vielleicht eine besondere Konstellation, obwohl er unmittelbar rein klanglich bedingt ist, da ein engerer Kollege (Dr. Pötzl) sich mit der Frage der Primordialdelirien beschäftigte. Alle diese Einzelelemente geben nun in ihrer fortwährenden, durch die bei mir speziell recht starke Perseverationstendenz begünstigten gegenseitigen Konkurrenz resp. kontaminatorischen Verschmelzung die abenteuerlichsten Produkte, deren barockstes wohl der „Primordialrath“ ist; hier kann man wohl sehon von einer förmlichen Wortneubildung sprechen, und es scheint mir nicht ganz uninteressant, eine Art des möglichen Mechanismus solcher Neologismen (Wortcontamination) hier zu stigmatisieren. Ich möchte dann noch aufmerksam machen auf die Bildung „Leuban“, die sich aus Kontamination von „Lauban“ und „Leubus“ erklärt.

Begünstigt durch die sprachliche Assoziation der Primordialdelirien drängt nun diejenige des Kollegen Dr. Pötzl in den Vordergrund und mit ihr assoziiert sich die zeitlich konstellierte Reminiszenz, dass dieser Kollege in seinem Zimmer ein Bild hängen hat, welches seinen Vater mit dessen Jagdhunde darstellt; diese Vorstellung verbindet sich, wie ersichtlich, mit den von früherher perseverierenden in kontaminatorischer Weise; dabei entsteht so die Wortneubildung „Primordialzimmer“. Endlich ist recht bemerkenswert die Form der Perseveration des Satzfragmentes „Der alte P. mit seinem Hund“: hier sehen wir, wie durch das fortwährende Nachklingen einzelner Vorstellungen, besonders „alt“ und „Hund“, bei Perseveration des Gesamtkomplexes innerhalb desselben wieder ganz barocke Verschiebungen entstehen; zuerst wird infolge der starken Perseveration dieser beiden das Wort „Pötzl“ verdrängt, taucht dann dafür zu Beginn der zweiten Wiederholung auf, um dafür bei der dritten Wiederholung sinnlos ans Ende gestellt zu werden; in der vierten erscheint das Prädikat „alt“ dann verdoppelt; das ganze ist eigentlich klassisches Verbigerieren; wir sehen auch hier an einem greifbar zu analysierenden Exempel, wie sich vielleicht manche Formen desselben durch Perseveration von kurzen Vorstellungskomplexen mit durch wechselnde Verschiedenheit der Perseverationsinten-

sität bedingten sinnlosen Verschiebungen von Einzelsprachvorstellungen im Rahmen des Complexes erklären liessen; mit dadurch gewinnen diese komplexen Perseverationen den Charakter der „Redeform", wie ihn das Verbigerieren an sich hat.

Ganz ähnliche Gesichtspunkte ergeben sich für den nun folgenden Abschnitt des Phonogramms. Es handelt sich zumeist um sich kreuzende Klangassoziationen. Wörter wie „zahlreich" haben dabei nur die Dignität von Flickausdrücken. Der „Reichsratsabgeordnete" kommt mit durch Konstellation (Zeitungslektüre) in den Duktus; ähnlich wird hierdurch die Assoziation „Hasenclever" begünstigt, ein mir bei der Lektüre eines reichsdeutschen Blattes aufgefallener Eigenname, der sich wegen seiner Ungewöhnlichkeit besonders einprägte; rein klanglich assoziierte sich dazu der Terminus „Kläffer", vielleicht auch durch einen Nachklang von „Hund" in seinem Auftauchen begünstigt. Nun sehen wir wieder, ähnlich wie oben, ein fortwährendes Sichkreuzen der einzelnen perseverierenden Termini, die sich zu sinnlosen Neologismen kontaminieren. „Gross" und „klein" sind prädikative Bezeichnungen mit satirischer Nebenbedeutung, die sich als solche leicht zu Worten wie „Kläffer" zuordnen. Der kontaminierte Neologismus „Kläffergewand" erklärt sich durch die Auslassung einer als Tertium comparationis fungierenden Zwischenvorstellung („Wolf im Schafspelz") und wird — als mittelbare Assoziation — nur so verständlich. Die Bildungen „Kläffern" und „angekläffert" entstanden durch Assonanz resp. Perseverationstendenz des „r" in Kläffer, als eines Konsonanten von starker sprachlich-motorischer und akustischer Valenz.

Letzteres Moment bedarf, wie ich annehmen möchte, überhaupt einer speziellen Würdigung: gerade bei den zahlreichen Perseverationen, welche in all diesen Phonogrammen zu verzeichnen sind, namentlich aber in jenen, die von mir und einigen anderen Kollegen herrühren, dürfte die motorische Komponente der Sprachvorstellungen ganz wesentlich in Betracht kommen. Es zeigt eben eine Gruppe von Individuen, die „motorischen" Denker, eine besondere, vielleicht sogar einseitige Ausbildung der sprachmotorischen Vorstellungen, die dann natürlich, einmal eingeschliffen, durch das Moment

der Trägheit immer wieder nachzuklingen streben, ganz besonders natürlich, wenn der durch eine Leitvorstellung gegebene Stimulus zu logischer Progression der Wortreihe hinwegfällt. Man kann sich auch vorstellen, dass dabei die akustische Komponente (Tendenz zur Autoecholalie, wie ich einmal an anderer Stelle meinte) mitwirkt, doch jedenfalls muss sich auch diese Annahme auf die Annahme eines erleichterten Umsatzes in motorische Sprachvorstellungen stützen, will sie zu Recht bestehen. Keinesfalls können wir die Bedeutung der Frequenz dieser wesentlich „motorischen" Assoziationen beim zwanglosen Sprechen verkennen. Es scheint mir ein wesentlicher Charakter der meisten Assoziationsversuche auch der zu sein, dass bei ihnen infolge des Zwanges für den Reagenten, sich sozusagen in prägnanten sprachlichen Symbolen und nicht absolut kontinuierlich auszudrücken, diese beim „ziellosen", „freien" Reden so schwer ins Gewicht fallenden motorischen Sprachelemente weit mehr, als es sonst der Fall wäre, zurückgedrängt erscheinen, da ja dann naturgemäß optische und überhaupt höhere Sprachvorstellungselemente mehr die Führung übernehmen. Auch da haben wir es also vielleicht mit einer Art Laboratoriumsartefakt zu tun. — Schliesslich scheint es mir noch von Wert, darauf hinzuweisen, wie sehr durch die enorme Perseverationstendenz das agrammatistische Aneinanderreihen begünstigt wird; wenn schon Satzfragmente angesetzt werden, kommt es gewöhnlich zu verbigeratorischen Erscheinungen. Im übrigen gelten bezüglich des Paralogierens und des Fehlens einer Leitvorstellung trotz der enormen Perseverationstendenz die gelegentlich der Analyse der früher reproduzierten Phonogramme gemachten Bemerkungen.

Von einem der Studenten stammt die folgende Sprachprobe.

IV. Versuchszeit: 4. III. 1904, 5 Uhr nachm.

Versuchsdauer: 1 Minute.

Zahl der gesprochenen Worte: 210.

Stichwort: Storch.

„Storch, Storch, Storch, Storch, Störche, am störchsten, die Störche, die Störche, die Störche sind Vögel, welche über das Meer ziehen, die Störche brauchen, bauen sich Nester auf den Häusern, die Störche stehen auf einem Bein, auf einem

Bein stehen die Störche, sie haben Frauen, sie haben Kinder, sie sind diejenigen, welche die Kinder bringen, die Kinder, welche sie nachhause bringen, dieses Haus, eine Vorstellung, welche die Menschen haben von den Störchen, von der Wirksamkeit der Störche, die Störche sind grosse Vögel — mit einem langen Schnabel und leben von Fröschen, Fröschen, Frischen, Froschen, die Froschen sind Fruschen an der Früh, in der Früh sind sie mit — Frühstück, Kaffee, und mit dem Kaffee trinken sie auch Kognak, im Kognak trinken sie auch Wein, und mit dem Wein trinken sie auch alles Mögliche, die Frösche sind grosse Tiere und welche die Störche — hm — fressen, die Störche fressen die die Vögel, die Vögel fressen die Tiere, die Tiere sind gross, die Tiere sind klein, die Tiere sind Menschen, die Tiere sind keine Menschen, die Tiere sind gross, die Kinder kommen von den Störchen, die Störche bringen die Kinder, die Kinder bringen die Störche, die Störche stehen auf dem Balken, die Häuser sind gross, die Häuser sind klein, die Häuser sind unförmig, die Häuser sind . . . .“ (Versuchsschluss).

Einige wenige Worte seien mir zur Analyse dieses Phonogramms gestattet. Zunächst treten in diesem Duktus geradeso wie in dem früheren Phonogramm massenhaft Perseverationen zu Tage, deren wesentlich motorische Bedeutung wir noch kennen lernen werden. An „Storch“ schliesst sich die durch häufigen Mitgebrauch koexistente Pluralbezeichnung „Störche“; der Umlaut ruft nun über eine unausgesprochene Zwischenvorstellung („Steigerungsform“) hinweg die sinnlose Wortneubildung „am störchsten“ hervor, eine Kontamination durch Perseveration von „Storch“. Nun folgen einige ziemlich korrekt gebaute Prädikativsätze (einmal eine wohl wesentlich klanglich bedingte Entgleisung „brauchen“ statt „bauen“); dabei wiederholt sich das Satzsubjekt („Störche“) perseveratorisch zu Eingang eines jeden Satzes; einmal übernimmt die stärker betonte Sprachvorstellung „Beine“ vorübergehend die Führung; es kommt dadurch zu Ansätzen von Verbigeration; gerade das zeichnet ja die verbigeratorischen Expektorationen auch bei Kranken aus, dass ein und derselbe satzartige Vorstellungskomplex immer wieder laut wird, nur dass innerhalb desselben häufig die einzelnen konkur-

rierend „durcheinanderperseverierenden" Einzelvorstellungen abwechselnd die Führung zu übernehmen scheinen, als ob sie gleichsam immer wieder in kaleidoskopischem und doch monotonem Reigen um eine ideale Achse schwingen würden, indem innerhalb ein und derselben, sich stets wiederholenden satzartigen Wortreihe immer wieder Verstellungen vorkommen, die Einzelbestandteile als solche einander aber immer wieder gleichen, wenn nicht zwischendurch vereinzelte heterogene Vorstellungselemente interkurrieren, meist sich kontaminierend mit den perseverierenden.

Der Prädikatsatz „sie haben Frauen" stellt eine Kontamination dar, wenn auch eine solche leichteren und weniger sinnstörenden Grades: Intendiert ist nämlich ein Vergleich zwischen der „Storchehe" und der menschlichen Ehe, insoferne beide monogam sind; diese Vergleichssätze erscheinen kontaminiert in dem voranstehend erwähnten kurzen Satze.

Manifester ist die Kontamination in dem nächstfolgenden Satze: „sie haben Kinder", speziell unter Berücksichtigung des folgenden; die Wendung „sie haben" perseveriert, vielleicht wohl auch begünstigt durch die Häufigkeit der Redewendung „Kinder haben"; beabsichtigt ist aber die naheliegende prädikative Wendung „Kinder bringen", die dann im folgenden laut wird und in ziemlich durchsichtiger Weise in leidlicher Satzform mehrmals verbigeratorisch festgehalten wird; hierzu gehört dann noch die Prädikatwendung „Vorstellung" etc., wobei das Eingehen sinnverwandter, aber nicht ganz der Sachlage adäquater Ausdrücke (wie „Wirksamkeit") dem an sich schlichten Satzgefüge einen phrasenhaften Anstrich gibt; wir sehen vielleicht an diesem Beispiel, wie das Abgleiten auf Nebenvorstellungen resp. das mittelbare Assoziieren auf solche ohne Lautwerden der Zwischenvorstellung auch zur Quelle scheinbar phraseologischer Ungereimtheiten werden kann.

Im weiteren wird dann die prädikative Beschreibung der perseverierenden Vorstellung „Storch" nach verschiedenen Richtungen fortgesetzt. Wieder werden wir des wichtigen Unterschiedes deutlich gewahr, der zwischen einer, wenn auch noch so stark perseverierenden und einer Leit- oder Ziel- oder Obervorstellung besteht; trotz der ungemein intensiven mechanischen

Perseverationstendenz der verbalen Vorstellung „Storch" mit ihren koexistenten Vorstellungen, hat diese in keiner Weise die Macht, logische Ordnung in den ganzen sprachlichen Duktus zu bringen; ganz abgesehen von den bereits mehrfach beschriebenen „Sprachverwirrtheiten", veranschaulicht uns gerade die vorliegende Sprachprobe so recht, wie sehr die einzelnen Prädikate und Prädikatsätze ganz unlogisch, systemlos und ohne Rücksicht auf ihre inneren Beziehungen, sozusagen verflacht, im „Kinderstil", aneinandergereiht werden, ohne zu Bausteinen einer logischen Einheit zu werden; darum darf es uns auch nicht Wunder nehmen, wenn stellenweise ganz abrupt einzelne Vorstellungsreihen abreissen, andere ebenso einsetzen, ohne logischen Grund, lediglich unter dem Einflusse irgendwelcher ohne weiteres zur Entgleisung führenden äusserer, selbst klanglicher oder rein sprachlicher Assoziationen; charakteristisch ist da die Aneinanderreihung sinnloser Alliterationen auf „Fröschen"; der Anlass hierzu war gegeben durch die Reminiszenz des Kollegen, dass in der Schule sein Name scherzhaft öfters zu „Frosch" assoziiert ward; diese Reminiszenz ward zum Anstoss für die sinnlosen alliterativen Wort- und Silbenspielereien resp. Vokalvariationen, die an einer Stelle („die Froschen sind Fruschen an der Früh") sogar in primitiver Satzform sich aneinanderreihen. Das wird uns nicht Wunder nehmen können, wenn wir bedenken, dass eigentlich solch einfache eingeschliffene kopulative Satzbildungen ganz in Fleisch und Blut der deutschen Vulgärsprache, die ja all diese sprachlichen Duktus beherrscht, übergegangen sind; sie sind gleichsam stets entladungsbereit in der sprachlich-motorischen Vorstellungssphäre und tendieren daher, ähnlich wie gewisse Flickwörter, zu öfterer, sei es auch beziehungsloser Wiederkehr, wie ich schon oben bemerkte; es darf uns daher nicht Wunder nehmen, wenn (bei Fehlen stärkerer manischer oder inkohärenter Assoziationsstörung) solche grammatikalische Verbindung auch zwischen logisch disparaten resp. sinnlosen Assoziationen statthat. Es ist ja geradezu charakteristisch, dass auch der klassische katatone Wortsalat blühenden Gallimathias, inhaltlich in relativ korrekte grammatikalische Form gebracht, darbietet; ich sage ausdrücklich „relativ", denn gerade, wenn sich Ansätze zu

komplexerer Satzbildung zeigen, können wir gewöhnlich ersehen, wie die grammatikalische Ordnung auseinanderfällt und es, wenn der Ausdruck erlaubt ist, zu Kontaminationen in der Satzkonstruktion kommt; der Grund ist derselbe, wie er für die primitiveren Kontaminationen gilt; zur Bildung komplexerer sprachlich korrekter Satzkonstruktionen bedarf es, wie schon gesagt, zumal in unserer Sprache, sicherlich eines gewissen Maßes von Aufmerksamkeit, d. h. irgend einer leitenden und als solcher Interesse-betonten, also gefühlsstarken Obervorstellung.

Ein Abreissen im oben angedeuteten Sinne wird verursacht durch das Interkurrieren der Klangassoziation (resp. Alliteration) „Fruschen—Früh", indem von da ein Überspringen auf „Frühstück" stattfindet. Hier treffen sich wieder an einem Knotenpunkt zwei Reihen: die persevatorische Vorstellung „Frosch", die weiter grammatikalisch als Satzsubjekt figuriert (durch ein Fürwort vertreten) und die persönliche Reminiszenz des Reagenten an das Frühstück resp. diverse Frühstücksgetränke; natürlich (siehe oben) kam es da leicht zu blühender Kontamination im oben wiederholt erläuterten Sinne, die umso drastischer wirkt, als auch hier (einfache, kopulative) Satzgliederung beibehalten wird. Nach diesem Intermezzo taucht wieder perseveratorisch die wesentlich prädikative Vorstellungsverbindung „Storch — fressen — Frosch" auf und nun kommt es wieder zu jenem, hier freilich deutlich progredienten „Oszillieren" der Sprachvorstellungen, welches so charakteristisch für die Verbigeration ist; an diesen „Wortreigen" partizipieren noch die in durchsichtiger Verbindung mit „Storch" und „Frosch" stehenden Wörter „Vogel", „Tier", „Mensch", sowie Flickwörter und prädikative Hilfswörter. Man beachte darin auch die, nach dem von Bleuler aufgezeigten Modus gebildete Kontrastvorstellung „die Tiere sind Menschen, die Tiere sind keine Menschen", oder (etwas sinnvoller) „die Tiere sind gross, die Tiere sind klein". Schliesslich kehrt noch perseveratorisch die Beziehung zwischen „Storch" und „Kind" wieder (dabei Ansatz zur Verbigeration), worauf über die prädikative Beziehung „Storch (steht auf dem) Balken" hinüber die koordinative Asso-

ziation auf „Haus" erfolgt, die dann schliesslich verschiedene prädikative Assoziationen nach sich zieht.

Ich reproduziere nunmehr eines der Phonogramme eines Kollegen, eines stud. med. aus der Bukowina, der wohl ruthenischer Abkunft ist und den Akzent nicht verleugnet, aber seit seinem 5. Lebensjahre fast nur deutsch spricht und ausschliesslich deutsch denkt.

V. Versuchszeit: 10. III. 1905, 1/2 5 Uhr nachm.

Versuchsdauer: 1 Minute.

Reizwort: Krieg.

Zahl der gesprochenen Worte: 210.

„Krieg, Krieg, Krieg, Krieg, Krieg, Frieden, Krieg, gekriegt, er hat gekriegt, er hat gefriedet, er hat gefriedet, er hat gekriegt, er hat gefriedet, er hat gefriedet, Frieden, Frieden, Frieden, gefriedet, er hat geja— Japan, Japan, Japan, Japan, er hat gefriedet, er hat gefriedet, er hat gefriedet, er hat gekriegt, er hat ihn gekriegt, er hat sie nicht gekriegt, sie hat ihn gekriegt, er hat gekriegt, sie hat ihn gekriegt, sie hat gekrugt, er hat gerusst, er hat gerusst, Russen, Russen, Russen, Russen, gerustet, er hat gerustet, er hat gerüstet, er hat gerüstet, er hat Krieg gerüstet, er hat Frieden gerüstet, er hat Frieden gerüstet, er hat Frieden gerüstet, er hat Frieden gerüstet, er hat Frieden gerüstet, er hat Japan gerüstet, Japan gerüstet, Japan, Russen, Russen, Russen, Japen, Japanesen, Japanesen, Japanesen haben gesiegt, gesiegt, gesiegt, gekriegt, sie haben gekriegt, sie haben gefriedet, sie hatten Frieden, Frieden, Frieden gesiegt, gesiegt, Sieg, Sieg, Frieden, Frieden, Krieg, Krieg, Frieden, Frieden, Frieden gekriegt, er hat gekriegt, sie haben Krieg, er hat gekriegt, Frieden, Frieden, Japan, Japanesen, Japanesen, Russ, gerusst, gerüstet, gerüstet, gerüstet, gerüstet, gerüstet, er hat gekriegt, er hat gerüstet, er hat Frieden gefristet, er hat gerüstet, er hat Frieden gerüstet, er hat Frieden gerüstet, er hat Frieden gerüstet, er hat den — äh — Krieg gerüstet . . . . ." (Versuchsschluss).

In dieser Sprachprobe tritt uns — wie in allen übrigen Sprachproben, die von dieser Versuchsperson herstammen — eine alles bisherige Maß weit übersteigende Perseverationstendenz entgegen. In der Einzelanalyse darf ich mich — mit

Rücksicht auf das gelegentlich der Besprechung der vorangegangenen Phonogramme Ausgeführte — wohl etwas kürzer und summarischer fassen. Hinweisen möchte ich also vor allem auf die Wortneubildungen, die durch die Verschmelzung der perseverierenden Ausgangs- oder ihrer Kontrastvorstellungen mit Verbalformen entstehen, die als solche aus wohl sprachlich-motorischen Gründen haften bleiben; einmal wird sogar der Ansatz zur Bildung „gejapant" gemacht; „er" ist ein Flickwort. Die Anknüpfung an den gegenwärtigen Krieg erklärt sich leicht als Konstellationswirkung. „Gekrugt" stellt sich als eine partielle Antezipation dar, insofern in das perseverierende „gekriegt" der Vokal „u" aus der folgenden Vorstellung („Russen") eingeht, der dann seinerseits wieder nachklingend mit „Rüsten" sich kontaminiert, so dass die Wortform „gerustet" entsteht. Im weiteren kommt es dann wieder zur halb sinnlosen Verbindung mehrerer sozusagen „durcheinanderperseverierender" Sprachvorstellungen resp. zur Verbigeration (siehe die früheren Analysen), wobei selbst schreiende Widersprüche („Frieden gerüstet"; „Frieden gesiegt") unterlaufen. Man beachte die Kontamination „Japen" aus „Russen" (gleiche Silbenzahl) und „Japanesen"; nur einmal wird das monotone Verbigerieren kurz durchbrochen von einer Seitenvorstellung, die mit „gekriegt" nur klanglich verwandt ist („er hat ihn gekriegt" usw.). Im übrigen ist der ganze Duktus von grosser Monotonie. Beachtenswert ist noch eine gewisse Neigung zu rhythmischer Zäsurbildung in der Diktion.

Ich möchte noch als immerhin interessantes Detail hinzusetzen, dass die Versuchsperson bei der Durchsprechung des Phonogramms auch berichtete, dass die starke Perseverationstendenz mit dem „Gefühl eines inneren Widerstandes" gegen den Weiterablauf (scil. des Assoziierens) einherging; dieses subjektive Gefühl dürfte offenbar eine sekundäre Begleiterscheinung sein; die starke Intensität der durch das Beharrungsvermögen persistierenden motorischen Sprachvorstellungskomponente verhindert naturgemäß die Entladung anderer im Hintergrunde emportauchender Sprachvorstellungen resp. setzt ihnen naturgemäß ein Hindernis entgegen, wozu subjektiv das Gefühl des „inneren Widerstandes" adäquat ist; für dieses Gefühl

scheint dann die perseverierende Vorstellung mit ganz besonderer Intensität ausgestattet, scheint sie sich geradezu aufzudrängen, während sie de fakto bloss gleichsam passiv beharrt resp. nachklingt (vgl. hierüber meine Ausführungen über Perseveration an anderer Stelle).

Ein in manchen Punkten etwas anderer, immerhin aber nach denselben Grundgesetzen verlaufender Typus des sprachlichen Assoziierens tritt uns in den nun folgenden Phonogrammen entgegen. Ich bringe zunächst eine Sprachprobe, die eine Art „Übergang" repräsentiert. Sie stammt von einem der Studenten.

VI. Versuchszeit: 12. III. 1904, 1/2 7 Uhr abends.

Versuchsdauer: 1 Minute.

Reizwort: Holz.

Zahl der gesprochenen Wörter: 231.

„Holz, Holz, Holzer, Holzer, Holzer ist ein Strombad, Strombad, Schwimmbad, das ist sehr kalt, sehr kalt; in Pörtschach badete ich bei achtundzwanzig Grad; am Lido ebenso; Lido, Lido, Lido, Lido ist in Venedig, Venedig, nach Venedig möcht' ich gern hinunterfahren, hab' nur kein Geld, Geld, Geld, ich hab' sehr viel Geld auf mein Mikroskop ausgegeben, Geld, Geld; wenn ich einen wüsste, der mir Geld leihen würde, würde ich nach Venedig hinunterfahren; Venedig, Venedig, Venedig, Venedig, Dogenpalast; Dogenpalast gibts in X. in Wien (folgt der zu „Venedig" in sehr naher klanglich- und koordinatorisch-assoziativer Beziehung stehende Eigenname eines Wiener Vergnügungsetablissements); X . . . . . in Wien sind sehr viel H . . . (nicht reproduzierbarer Jargonausdruck), H . . . ., H . . . ., H . . . ., das sind die X . . . er H . . . ., die sind in X . . . . in Wien; X . . . . in Wien, Wien, Wien ist eine schöne Stadt, ich bin ein grosser Chauvinist, ich liebe Wien unendlich, unendlich, unendlich; Unendlich ist ein Begriff der Ewigkeit, Ewigkeit, Ewigkeit, in Ewigkeit bin ich dein, dein, dein ist der Refrain eines Liedes, eines Liedes, ich kann leider nicht singen, ich hab' keine Stimme, meine Stimme ist schlecht, schlecht, schlecht, schlecht, schlecht, schlecht, Schlecht ist ein Schuhmacher, ein orthopädischer Schuhmacher, Orthopäde Dr. G. E. (Eigenname), ein Bekannter von mir ist

ein Orthopäde, Orthopäde, er war bei Hoffa, Hoffa, Hoffa, Hoffa; Hoffa, Hoffnung; hoffen, Hoffnung, grüner Glaube, grün, grün, grün, grün, grün ist ein Smaragd, ein Smaragd ist grün, ein Saphir ist grün, ein — ein Saphir ist grün, grün ist, das ist nicht richtig, richtig, richtig, das ist nicht recht, recht, recht, recht . . . . .“ (Versuchsschluss).

Betrachten wir zunächst dieses Phonogramm als Ganzes, so fällt uns darin eine gewisse Neigung zum Erzählen und Schildern wenigstens andeutungsweise zusammenhängender Begebenheiten auf; man könnte, zumal sich zeigen wird (namentlich aber in weiter unten zu besprechenden Phonogrammen dieser Art), dass dieselben zum grossen, selbst überwiegenden Teile an sich irreal sind, hier von einem „konfabulierenden“ Reaktionstypus reden. Wir können auch in diesem Phonogramm ein gewisses Fortschreiten des Gedankenganges nicht verkennen, während die Perseverationstendenz etwas geringer scheint, ohne jedoch darum etwa zu fehlen; es wird uns im Gegenteil, wie ich glaube, gerade in dieser Sprachprobe so recht anschaulich die wesentlich sprachlich-motorische Natur des Perseverierens verdeutlicht, indem sich namentlich in den Zwischenräumen zwischen den einzelnen Assoziationen einzelne, besonders die jeweilig letztgesprochenen Worte, förmlich nach Art der von Kraepelin sogenannten Logoklonie wiederholen.

Bei all diesen Besonderheiten fehlen natürlich nicht jene gemeinsamen Grundzüge der Wort- und Satzfügung, wie wir sie von den früher analysierten Sprachproben her kennen. Eine kurze Revue, die mir hier über den Text des vorliegenden Phonogramms gestattet sei, lehrt dies wohl zur Genüge. Einleitend geht der Duktus über eine Klangassoziation auf das mit „Schwimmbad“ nahe verwandte Thema der Erzählung einer darauf bezüglichen persönlichen Reminiszenz des Reagenten über; der weitere Gang, der über „Lido“ nach „Venedig“ führt, ist wohl recht klar und bedarf keines Kommentars; hier kommt es aber zu einer Satzkontamination, insoferne ein kurz vorher bereits stattgefundenes Ereignis (Reise nach Venedig) in Wunschform wiederkehrt, und auch die Beziehung zu „Geld haben“ ist wohl natürlich allgemein sinnentsprechend, im vor-

liegenden, konkreten Falle aber ohne jedwede Geltung; das Moment der Kontamination liegt in der Verschmelzung der — zumindest sprachlichen — Ichvorstellung der Versuchsperson mit den quasi als Gemeinplätzen zu wertenden erwähnten Vorstellungen; es ist natürlich auch vorher die Möglichkeit ausgeschlossen worden, dass der Reagent etwa irgend eine dritte Person dabei redend resp. denkend im Auge gehabt hätte. Reale Bedeutung beansprucht da nur der interkalierte Satz bezüglich der Ausgaben für das Mikroskop, der sich an „Geld" anschloss; er hat jedoch zu dem angezogenen Thema keinerlei logische Beziehung. Von „Venedig" gleitet das Thema über den Namen eines klangverwandten Vergnügungslokales unserer Stadt auf „Wien" selber über, woran sich einige prädikative Assoziationen von stark egozentrisch-subjektiver Färbung knüpfen, wie denn überhaupt in dieser und anderen „konfabulierenden" Duktus subjektiv, egozentrisch, gefärbte Assoziationen ein starkes Kontingent stellen, wie wir noch weiter unten sehen werden. Der weitere Gang hat zu Bindegliedern wesentlich äussere Assoziationen, die in ihrer Verbindung wohl recht durchsichtig sind und daher wohl keiner ausführlichen Erläuterung bedürfen; die — primitive — Satzform ist korrekt, der Satzinhalt meist real, die Verbindung der Einzelsätze wenig logisch, fast äusserlich ideenflüchtig zu nennen, wären nicht die zwischendurchspielenden Perseverationen. „Grüner Glaube" ist eine durchsichtige Kontamination zwischen den sich kreuzenden geläufigen Assoziationen „Hoffnung—grün" und „Hoffnung—Glaube". Durch Perseverieren von „grün" kommt es dann auch zur Kontaminationsassoziation „Saphir—grün", die nach dem oben erörterten Modus satzartige Einkleidung behält; diese Kontamination kommt dem Reagenten als sinnlos alsbald auch zu Bewusstsein, was in den finalen perseveratorischen prädikativen Entäusserungen zum verbalen Ausdruck gebracht wird.

Wir verkennen also trotz des Umstandes, dass innerhalb dieser letzten Sprachprobe die äussere Ordnung im ganzen eine grössere, die Abweichung von logisch geordneter Ausdrucksform eine etwas geringere ist als in den früheren, auch an ihr nicht jene Züge, wie wir sie oben gefunden haben, wenngleich sie quantitativ weniger stark vertreten sind. Auch

hier sehen wir, dass die einzelnen sprachlichen Assoziationen in ihrer Verbindung die logisch-systematische Zuordnung zu durchbrechen streben, dass ihre Aneinanderreihung nach mehr mechanischen Momenten vor sich geht und dass infolgedessen Kontaminationen erfolgen, die des logischen Sinnes resp. realer Bedeutung völlig entbehren. Es tragen auch hier einzelne der Sätze resp. Glieder des Duktus deutlich den Charakter des Vorbeiredens an sich.

Nicht unähnlich ist das Bild, welches uns die gleichfalls von einem Studenten (er stammt aus der Bukowina, daher vielleicht manche Härten im Sprachausdruck) herrührende folgende Sprachprobe darbietet:

VII. Versuchszeit: 22. II. 05, 3 Uhr nachm.

Versuchsdauer: 1 Minute.

Reizwort: Tod.

Zahl der gesprochenen Worte: 106.

„Tod, Fische, Totengräber; gebacken; Totengräber zahlt gebratene Fische; er macht zwar — Phonographen; Aufnahmen; X . . . . (Name eines bekannten Psychiaters), Lehrbuch; X . . . ., Lehrbuch; er sagt, das Lehrbuch wäre das Beste; X . . . .'s Lehrbuch wäre nicht das Beste; das Lehrbuch von P. . . . . . (Name eines hiesigen Psychiaters); Psychiatrie von P. . . . . . .; Vorstand P. . . . . .; Irrenabteilung; Vorstand P. . . . . .; Wohnzimmer des Vorstandes; Ambulanz; Nervenambulanz; stark besuchte Nervenambulanz; er sagt, die Ambulanz wäre stark besucht; besucht; Besucher; ich bin Besucher; ich mache einen Besuch; er sagt, schwarz, Besuch; nicht schwarz, Besuche sind nicht schwarz; er macht schwarz; schwarz wäre eine Farbe; Farbe, Farbenhandlung; Drogerie; der Dro— in der Drogerie, Farbenhandlung; Dro— Drogerie, Drogerie; Farbenhandlung; keine Farbenhandlung; verschieden; Tee; Tee; Getränk; ostasiatisches Getränk; Krieg; Krieg . . ." (Versuchsschluss).

Auch in dieser Sprachprobe fällt uns also die Tendenz zur „Konfabulation" mit subjektiver Färbung auf; ferner die sehr primitive Satzbildung resp. grosse Neigung zu agrammatistischem Aneinanderreihen der Einzelassoziationen. Im grossen aber finden wir auch hier dieselben Dinge wie überall bisher.

So gleich zu Beginn eine blühende Kontamination; die Vorstellung „Fische“ nämlich steht in keinem Konnex mit dem von mir gegebenen Stichwort („Tod“), sondern ihr Auftreten ist lediglich durch eine Art Konstellation bedingt (der Kollege hatte am Abend vorher Fische gegessen): diese beiden Vorstellungen verketten sich nun jede mit einer Folgevorstellung: mit „Tod“ vergesellschaftet sich Totengräber, mit „Fische“ die Vorstellung einer (scil. von einer dritten Person) bezahlten Mahlzeit, also quasi eine Prädikatvorstellung zu „Fische“; aus der Konkurrenz beider Reihen erwächst die irreale und sinnlose Kontamination: „Totengräber zahlt gebratene Fische“. Im weiteren folgt ein abrupter Flickausdruck, woran anschliessend einige durch zeitliche Konstellation an die Oberfläche gezogene Vorstellungen laut werden (Gesprächsthemata zwischen dem Reagenten und mir in der Zeit vor dem Versuche); die Aneinanderreihung erfolgt grossenteils agrammatisch, gleichsam im „Telegrammstil“; nur bei dem von dem X....-schen Lehrbuche handelnden Passus sehen wir eine sinnlose Kontrastvorstellung zu der objektiv realen hinzugesellt laut werden. Bei der Assoziation „Besuch“ nimmt der Duktus eine fast ganz subjektive Färbung an, es werden fast nur mehr persönliche Reminiszenzen des Reagenten produziert; dabei kommt es auch zu Kontaminationen, wie „Besuche sind nicht schwarz“, wo die Kopula „sind“ die Verschmelzung zwischen den Gliedern der Vorstellungsreihe „Besuch — soll hierzu schwarze Kleidung angelegt werden — Negation dieser Frage durch eine ideelle dritte Person“ nur in notdürftiger und noch dazu eigentlich wenig sinnvoller Weise maskiert; eine Kontamination ist auch „er macht schwarz“, dadurch entstanden, dass „macht“ aus einer anderen Vorstellungsreihe („Besuche machen“) hereinperseveriert. „Drogerie“ wird durch Konstellation laut (Reagent war vorher in einer Drogerie gewesen); die sich noch anschliessenden Assoziationen sind recht klar und eindeutig und bieten zu besonderen Bemerkungen keinen Anlass.

Ich bringe nun zwei Phonogramme, die von einer der sog. „ungebildeten“ Versuchspersonen, die freilich durchgehends recht intelligent zu nennen sind, herstammen. Sie repräsen-

tieren recht instruktiv den sog. „konfabulierenden“, wesentlich subjektiv gefärbten Assoziationstypus. Es überwiegt darin formell natürlich der Dialekt neben einzelnen hochdeutschen Wendungen; ich reproduziere darum die Sprachproben mit möglichster phonetischer Treue.

VIII. Versuchszeit: 13. II. 1905, $^1/_4$12 Uhr vorm.

Versuchsdauer: 1 Minute.

Reizwort: Ratte.

Zahl der gesprochenen Worte: 168.

„Ratte, Rettich, den kann man essen; aber nach vierzehn Tag'; du geh', mir fahr'n in 'n Prater mit der Eisenbahn; das is a Wiener Lied; das können Sie nöt singen; weil S' ka Stimme hab'n; wann S' es singen könnten, da wär'n S' ja längst a Volkssänger' wor'n; aber so könnten S' höchstens a Rattenfänger wär'n, aber ka Volkssänger; ja — ja —, wenn das so bleibt, dann is's immer schön; schaun S' ihna a mal die G'schicht' dort an, das Panorama; das hat ma est jüngst gebaut und vorige Woch'n is 's scho wieder z'samg' fall'n; da sieht ma, wie unsere Hausherren heutzutag' den Zins 'naufschraub'n und die Baumeister die Häuser bau'n; jeder Hausbesorger hat ganz Recht, wann er glei', wann die Partei einzieht, zu ihr sagt: Sö', gengan S' ma nöt z' vüll über die Stufen, sonst fallt valleicht das Stiegenhaus ein. Ha, das wär' nöt schlecht, das möcht i' a' gern amal seh'n; wann Sie dort hinkommen, so würden Sie erst schau'n; ausgeschlossen, Sie sind blind, natürlich, könnten S' nichts seh'n . . .“ (Versuchsschluss).

Einige der in diesem Phonogramm vorkommenden Wendungen bedürfen vielleicht einer kurzen Erläuterung. Da ist zunächst zu bemerken, dass die durch das Stichwort inaugurierte Klangassoziation rasch abreisst, um einer konstellativen (Reminiscenz an einen Wiener Gassenhauer resp. eine daran sich knüpfende Debatte, an der auch das Reagent beteiligt gewesen war) Platz zu machen; dabei figuriert der Reagent quasi in ideeller Diskussion mit einer dritten Person; hierbei unterläuft die Kontamination „Rattenfänger“ aus dem von oben-herein-perseverierenden Wort „Ratte“ und einer sinnlosen Klangassoziation auf „Sänger“, die in einen real zu wertenden

Satz eingeflochten erscheint. Zwischendurch laufen sinnlose Flickworte und Gemeinplätze, erinnernd an solche, wie sie in den Vociferationen senil Dementer vorkommen; „Panorama“ ist nun wieder eine auf das Pratermilieu bezügliche koexistente Assoziation, die aber in dem Duktus so figuriert, als entspräche sie einer realen Diskussion, was nicht der Fall ist; wir haben also eine Verschmelzung vor uns zwischen der subjektiven Ausdrucksform des Satzes und der rein objektiven Assoziation, die dessen logischen Zielpunkt zu bilden scheint. Mit „Panorama“ verquickt sich auf dem Umwege über die Zwischenvorstellung „Haus“ die Vorstellung eines kürzlich stattgehabten Einsturzes eines Neubaues, worüber Reagent in der Zeitung gelesen hatte. Der folgende Satz erscheint wiederum in seiner Konstruktion ganz ungeeignet, der darin liegenden tatsächlichen Logik gerecht zu werden, insofern Reagent mit der Vorstellung „Mängel im Hausbau“ die Kontrastvorstellung „Teuere Mietszinse“ verband. Das daran schliessende Bonmot erscheint als im Augenblicks-Aperçu des Reagenten, woran sich kontrastierende, resp. verneinende und wieder bejahende Vorstellungen anschliessen, die wieder die „Dialogform“ annehmen; der Abschluss bildet wieder eines jener humorvollen Aperçus, die aus dem genius loci unserer Stadt hervorwachsen.

Es ist nun nicht ohne Interesse, dass der Reagent, wie er retrospektiv berichtete, die Gewohnheit hat, auch für gewöhnlich in seiner innerlichen Sprache die Dialogform zu benutzen, d. h. sich eine virtuelle Diskussion dabei vorzustellen, in deren Rahmen die einzelnen Vorstellungen quasi personifiziert erscheinen.

Recht drastisch tritt uns die Dialogform an einer zweiten Sprachprobe dieser Versuchsperson entgegen, die ich nachstehend reproduziere:

IX. Versuchszeit: 27. I. 1905, $^1/_2$ 12 Uhr Vorm.

Versuchsdauer: 1 Minute.

Reizwort: Feuer.

Zahl der gesprochenen Worte: 115.

„Feuer, g'fährlich, Fischer; Fischerin, du kleine, fahre nicht alleine; das ist ein bekanntes W. . . . r Lied; morgen auf d' Nacht — treffen wir uns; wo? Beim Heurigen, So?

Jetzt sitz' ich die längste Zeit hier und klopfe; was sagen Sie? In Russen und in Japan, da wird gekämpft; und weil ich jetzt nicht zuhaus' geh', so bleib' ich eben hier sitzen; und wenn ich hier nicht sitzen bleiben würde, dann müsst' ich aufsteh'n und fortgeh'n; haben Sie das Neueste schon gehört? Nein; ich auch nicht; dann kommen Sie morgen in der Früh; hier — im 9. Bezirk, da ist bekanntlich der schönste Grund, der Diamantengrund; aber heissen tut er nichts; so; wie lange sind Sie denn schon hier? . . ." (Versuchsschluss).

Auch in dieser Sprachprobe tritt uns, abgesehen von der Dialogform, gleichwie in der vorigen, eine gewisse Konfabulationstendenz stark entgegen. Von bemerkenswerten Einzelheiten wären hervorzuheben: die Wortergänzung auf das Stichwort; dann die sprachliche Bindungsassoziation „Feuer — Fischer". Das Nächstfolgende ist wohl durchsichtig; die Assoziation vom „Fischerliede" auf das „Nachtleben" ist wohl gleichfalls unschwer zu begreifen. Wieder handelt es sich um eine ganz allgemeine, nicht etwa konkrete Reminiscenz, trotz der subjektiven und konkreten Färbung der bezüglichen Sätze. Das anschliessende stellt eine Konstellationsassoziation dar. „In Russen und in Japan" ist eine durchsichtige Kontamination aus „In Russland" und „die Russen und Japaner"; das Emportauchen dieser Vorstellung bedarf keines besonderen Kommentars. Sodann folgt ein als Verbigeration zu deutender Passus, wobei zunächst eine Antezipation stattfindet, indem das „nicht heimgehen" ja Folge des „Sitzenbleibens" (beim Phonographen) ist und nicht umgekehrt. Es schliessen sich dann inhaltslose Gemeinplätze (siehe oben) als Flickwörter an, wobei „ich auch nicht" eine sinnlose, bloss aus Kontrastwirkung erklärbare Sprachvorstellung involviert. Endlich kommt zum Schluss noch eine Kontamination, indem die Zwischenvorstellung zwischen „9. Bezirk" und „Diamantengrund" wegfällt und jener als solcher bezeichnet wird; das ist — wie auch dem Reagenten selber bekannt — vollkommen unrichtig, insofern ein Viertel des VII. Wiener Stadtbezirkes wegen seiner wohlhabenden Bewohnerschaft in früheren Jahren im Volksmunde als „Brillantengrund" bezeichnet wurde; die Prädikativbezeichnung „schönste Gegend" erklärt sich durch Sinnverwandtschaft

mit „Brillantengrund“ (im Dialekte ist „schöne“ Gegend da gleichbedeutend mit „reicher“, „wohlhabender“ Gegend); dass Diamantengrund“ eigentlich eine Entgleisung (richtig „Brillantengrund“) darstellt, erwähne ich nur nebenbei; eine Kontamination ist auch „heissen tut er nichts“; gemeint ist, dass heutzutage jene vormärzliche Bezeichnung ihre Existenzberechtigung verloren habe; diese Vorstellung kontaminierte sich mit der sinnverwandten Redensart „es heisst nichts“, und das Produkt war „heissen tut er nichts“; der Schlusssatz ist konstellativ bedingt.

Wir registrieren also auch hier neben den personellen Eigentümlichkeiten die von früherher bekannten Erscheinungen.

Eine relativ korrekte Diktion und grosse Ordnung im Satzgefüge bieten uns die im folgenden reproduzierten Sprachproben, die wir ebenfalls vielleicht dem „konfabulierenden“ Typus zurechnen können; nichtsdestoweniger werden wir auch darin die früher geschilderten Störungen nicht vermissen. Es handelt sich durchgehends um Pflegepersonen.

X. Versuchszeit 17. II. 1905, $^3/_4$11 Uhr vorm.

Versuchsdauer: 1 Minute.

Reizwort: Löwe.

Zahl der gesprochenen Worte: 181.

„Löwe; der Löwe ist ein sehr wildes Tier, er findet sich meistens in den wilden Gegenden, wie zum Beispiel in Asien, Afrika und dort drüben: es werden verschiedene Jagden auf ihn veranstaltet, aber er ist sehr schwer zu erwischen, ’s werden Schwarze dazu verwendet, und auch Elephanten zum Beispiel nimmt man sich — setzt man sich hinauf und jagt auf diesen Löwen; natürlich erlegt man ihn oft sehr schwer, er wird nur leicht verletzt zum Beispiel, und stellt sich gegen jeden Menschen, natürlich stürzt oft dann einer, und wenn nicht mehrere beisammen sind, so ist es sehr schwer, einen Löwen zu bändigen; schliesslich unterliegt er ja doch; das Fell des Löwens, welches dann abgezogen wird, ist sehr teuer zu verkaufen, man hat einen sehr schönen Erlös; dafür gehen auch manche arme Teufeln, nicht g’rad’ arme Teufeln, aber trotzdem, gehen auf die Jagd, nach Afrika dorthin, oder jagen Löwen; es gibt sehr viele, und sie vermehren sich auch sehr stark,

aber nur sind sie sehr — sehr schlecht auszurotten, auszurotten kann man nicht sagen, aber man vertreibt sie wieder von manchen Gegenden, und sie . . ." (Versuchsschluss).

Ich verweise rückschauend zunächst auf „wilde Gegenden" (durch Perseveration von „wild", statt „wüst"); „dort drüben" ist ein Flickwort, welches in unpassender Form summarisch andere exotische Erdteile repräsentieren soll. Im weiteren läuft der Duktus ziemlich geordnet ab; vereinzelte Holperigkeiten in der Satzfügung, wie wir sie verzeichnen, kommen wohl auch in der vulgären Konversationssprache vor. Eine klassische Kontamination verzeichnen wir an jener Stelle, wo es heisst, es sei sehr schwer, einen Löwen zu „bändigen"; der Reagent wollte sagen „überwältigen", dabei fiel ihm aber die gewohnte Phrase „Löwen bändigen" ein und zwängte sich in die Schilderung der Löwenjagd, wie sie sich Reagent aus der Lektüre her sich gegenwärtig hielt, ein. Eine weitere klassische Kontamination verzeichnen wir weiter unten: die Versuchsperson verknüpfte den Gedanken an den hohen Preis des Löwenfells mit jenem an die „armen Teufeln" (i. e. die Neger resp. Treiber), die oft bei der Jagd ihr Leben lassen müssten; dabei interkurriert die Vorstellung, die eigentlichen Löwenjäger seien reiche Leute, die dergleichen Sportshalber unternehmen; diese 3 Vorstellungskomplexe kreuzen sich an einem Knotenpunkte und verschmelzen in ganz unlogischer Weise im Rahmen ein und desselben Satzgefüges, dessen Konstruktionsfehler freilich recht deutlich auf die Kontamination hinweisen, als da sind Auslassungen, Wahl sinnloser Präpositionen und Adverbien, wobei allerdings beispielsweise das an sich nicht sinnvolle „trotzdem" die Kontrastvorstellungen („arm — reich") markiert.

Ein weiteres Beispiel bietet ein anderer Pfleger:

XI. Versuchszeit: 21. II. 1905, 1/4 11 Uhr vorm.

Versuchsdauer: 1 Minute.

Reizwort: Wasser.

Zahl der gesprochenen Worte: 209.

„Wasser; Wasser gibt es sehr wenig; es gibt viel Wasser auf Erden; Wasser; Wasser trink' ich, Wasser ist zeitweis' das beste Getränk; hm, Wasser lässt sich nicht mit Gulden nicht bezahlen; unlängst bin ich, vergangenen Sommer bin ich ein-

mal baden 'gangen, und da hab' ich mir die G'schichte angeschaut, haben die Pionier' Übung g'habt und davor fliegen glei' zwa', drei auf a mal ins Wasser, der Steuermann natürlich a' mit und der wär' bald d'rsoffen, wenn nicht, wenn nicht die andere g'wesen wär'n; es hat ihn vielleicht so an' halben Kilometer mit' nunter g'nommen, und — a Lieutenant von die Pionier' hat ihn wieder herauszog'n; heute Nacht bin ich einmal wach wor'n, hab' ich den Mond so schön stengan g'seh'n, sobald ich den Mond sieh', so wer' ich immer poëtisch veranlagt, denn 'n Mond, Mond' gibt's verschiedene, die Erde hat ihren Mond, der Jupiter hat seinen Mond, die Sonne wird auch ihre Monde haben, und — abends, wenn man z' haus' geht, da sieht man auch so manchen Mond leuchten, das sieh' ich an mir selber, i' hab' auch schönen Spott schon hör'n müssen d'rüber; demi-monde, demi-monde, die demi-monde ist ein neuer Ausdruck, der, glaub' ich, stammt von Dumas dem Jüngeren her, ich weiss aber nicht recht, was, Ding, was er heisst . . ." (Versuchsschluss).

In dieser Sprachprobe weise ich kurz hin auf die an sich sinnlose Einschiebung einer Kontrastassoziation zu Beginn des Phonogramms („wenig Wasser — viel Wasser"). Es folgt daranschliessend eine rein äusserlich mit der Vorstellung „Wasser" verknüpfte Reminiszenz an ein reales Erlebnis des Reagenten; die Satzfügung ist bis auf einige durch den Dialekt bedingte Fehler und Flickausdrücke leidlich korrekt. Dann bricht diese Reihe ab und eine andere („Mond—Nacht" etc.), gleichfalls reale, durch Konstellation begünstigte, tritt in die Szene; auch im weiteren sehen wir leidlich korrekte Konstruktionen; man gewänne, haftete nicht „Mond" durch lange Zeit, den Eindruck einer gewissen äusseren Ideenflucht, denn das sonstige Sujet wechselt fortwährend; es fehlt dem erst als onomatopoetisches, dann als Witzwort, dann als astronomischer Begriff und schliesslich als reine Klangassoziation führenden Worte „Mond" jede entsprechende Dignität, um den Wert als Zielvorstellung zu gewinnen. Vereinzelte sachliche Unrichtigkeiten erklären sich wohl in recht durchsichtiger Weise durch das Moment der Halbbildung bei dem Reagenten.

Wohl am drastischesten verrät sich der „konfabulierende“ Typus in der letzten Sprachprobe, die ich hier reproduzieren will und die gleichfalls von einem Pfleger herrührt.

XII. Versuchszeit: 10. II. 1905, $^1/_2$11 Uhr vorm.

Reizwort: Bach.

Versuchsdauer: 1 Minute.

Zahl der gesprochenen Worte: 224.

„Bach — der, der Kopf — gestern geh' i' über ein' Bach, der Bach hat am End' a Bruck'n g'habt, i' bin auf der Hängebruck'n d'rüber'gangen, der Bach war nöt tief, und wie ich ins Wasser 'neinsteig', so tritt' ich auf a Glasscherb'n wieder d'rauf; i' schrei' au weh! wie komm' denn i' auf die Glasscherb'n wieder d'rauf? I' spring' natürli' auf der anderen Seit'n wieder aufs Ufer hinauf und vertritt' mir mein' Fuss; über das natürli', da fallt m'r was ein; zünd' d'r a Zigarrett'n an; i' rauch' die Zigarett'n und denk' d'r gar nimmer d'rauf, dass mir der Finger wehtun kann; d'rweil kommt a Bursch daher und der fragt mich, was ich da mach'; no, sag' ich, den Finger hab' i' mir verbunden, den Finger von 'n wehen Fuss, ah so, direkt a Zeh'n hab' i' mir verbunden; mir fallt die G'schicht' a wengerl auf, sag' i', wie kannst Du a so lügen; übrigens was, die Zigarrett'n rauch' d'r weiter; wir plaudern, wir plaudern, und wie wir so sitzen, springt a Krebs in die Höh'; i' denk' mir, da könnt'st d' amal fischen, steig hinein in den Bach, natürli' kann i' nöt fischen, und daweil beisst mi' was in 'n Finger, ich schrei au weh, au weh, au weh, führ' die Hand in d' Höh', der Krebs d'ran; der fangt zum Lachen an, natürli' . . . .“ (Versuchsschluss.)

In dieser Sprachprobe überwiegt das dialektische Element in formaler Hinsicht ganz bedeutend. In sachlicher Beziehung ist zu bemerken, dass die ganze „Erzählung“ in allen Details frei erfunden ist und ihr auch nicht der entfernteste Tatsachenwert innewohnt: sie stellt — ganz abgesehen von einzelnen Details — sozusagen eine ungeheuere Kontamination in toto dar, indem durchgehends Assoziationen allgemeiner, grossenteils äusserer Natur ohne jede persönliche Färbung sich in persönlicher, affirmativer Diktion darbieten, so dass man scheinbar den Eindruck einer mindestens lose zusammenhängenden,

eine Art Reminiszenz darstellenden, stellenweise sogar recht plastisch gefärbten Erzählung empfängt. Im Einzelnen wäre noch hervorzuheben, dass ungeachtet der im ganzen ausnehmend korrekten Satzkonstruktion dennoch die Logik der Satzfügung höchst mangelhaft genannt werden muss; so z. B. an jener Stelle, wo an die Schilderung der fiktiven „Verstauchung" jene des „Zigarettenrauchens" anschliesst; Flickworte maskieren nur notdürftig diese vorhandenen Konstruktionsgebrechen. Es fällt ferner auf, dass sinnlose und phraseologische Wendungen („wie kannst Du so lügen") vielfach die Rolle interkalärer Flickausdrücke übernehmen. Ich will ferner noch darauf hinweisen, dass die Wendung, als ob Reagent nicht fischen könne, eine Kontrastassoziation darstellt, insofern derselbe im Gegenteil geradezu ein passionierter und sehr sachkundiger Fischer ist. Wieder sehen wir ferner, dass der gedankliche Duktus im Grunde nur sehr langsam fortschreitet, ungeachtet des abspringenden Aneinanderreihens von Einzeldetails. Gröbere sprachliche Fehlkonstruktionen verzeichnen wir in diesem Phonogramme, wie bemerkt, relativ wenige. (Die passager zu Beginne vorkommende Seitenassoziation („Kopf") konnte nicht aufgeklärt werden.)

Ich will nun auf die weitere Reproduktion einzelner phonographischer Sprachproben verzichten, um meinen Ausführungen nicht eine ungebürliche Ausdehnung zu geben. Ich habe von den meisten einzelnen Versuchspersonen je ein typisches Phonogramm herausgegriffen und könnte zu den anderen keinen andersartigen Kommentar geben, als zu den mitgeteilten.*) Es erscheint mir daher ganz überflüssig, an dieser Stelle hier eine detaillierte Übersicht über jeden Einzelversuch zu geben.

Es sei mir aber hier gestattet, ehe ich mir einige zusammenfassende Bemerkungen über die an Beispielen besprochenen Versuche an Normalen erlaube, hier noch ein Detail in der Versuchsanordnung kurz zu besprechen, obwohl durch die zu be-

*) Interessenten stelle ich meine Einzelversuche selbstredend gerne zur Verfügung. Ich gebe weiter unten übrigens eine auszugsweise, allgemeine Übersicht über dieselben.

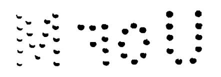
sprechende Variante derselben bisher kein positives Resultat, das heisst irgend eine wesentlichere Modifikation erzielt ward.

Von der theoretischen Erwägung ausgehend, dass die Ablenkung der Aufmerksamkeit durch irgend welche äussere Faktoren erhöht werden könnte und dass ferner diese Ablenkung erzielbar werden würde, falls es sich um rhythmische äussere Reize handelte, liess ich nämlich bei einem Teil der vorgenommenen Versuche solche Störungsreize einwirken. Ich bewerkstelligte dies in folgender Weise: In einem Nebengemach war ein Uhrwerk postiert, durch welches eine Metallscheibe in Rotation versetzt ward, auf deren Fläche einige Kolonnen von in verschiedenen Abständen befindlichen Zähnen angebracht waren; ward nun die Uhr in Betrieb gesetzt, so konnte ein kleiner, federnder Metallhebel längs einer horizontalen Achse derart verschoben werden, dass er nach Belieben in die Zähne einer der verschiedenen Kolonne einschnappte; die Abstände dieser Zähne waren nun so gewählt, dass die Zeitdistanzen des Einschnappens nach Belieben variiert werden konnten, zwischen $^1/_5$ und 5 Sekunden. Bei jedesmaligem Einschnappen nun schloss sich ein durch Verbindung einer kleinen Batterie eingeschalteter galvanischer Strom, der wieder durch Drähte mit einem im Versuchszimmer auf einem Resonanzboden aufgestellten Neef'schen Hammer kommunizierte, welch' letzterer wie leicht erklärlich, synchron als eine Art Metronom fungierte. Dieser einfache, in ähnlicher Weise schon einmal von Kraepelin angegebene Apparat, dessen ausserordentlich präzise Herstellung wir dem Mechaniker des k. k. physiologischen Institutes, Herrn Ludwig Castagna verdanken, ermöglichte mir die Realisierung meines Vorhabens. In einem Teile der Versuche liess ich auch die Reagenten synchron mit den Metronomschlägen — empirisch am bequemsten erwiesen sich die Zeitdistanzen von $^1/_2$ Sekunde — mitklopfen, um so eine doppelte, akustische und motorische Ablenkung zu erzielen. Selbstverständlich ward mit der Anregung zur sprachlichen Äusserung resp. ihrer phonographischen Aufnahme jeweils immer erst begonnen, wenn die rhythmischen Störungsreize beiderlei Art bereits durch etwa $^1/_2$ Minute eingewirkt hatten.

Ich bemerke nun, dass das Resultat dieser Versuche mir zur Zeit noch nicht eindeutig erscheint. Die Analyse der bisherigen Einzelversuche erscheint mir greifbarere formale und inhaltliche Differenzen zwischen Versuchen mit und solchen ohne „Störungsreize" der oben beschriebenen Art kaum zu ergeben. Es muss aber betont werden, dass behufs einwandfreier Beurteilung dieses einen, für das vorliegende Thema allerdings wohl weniger belangreichen Details weitere Untersuchungen erforderlich wären, zumal im Hinblick auf neuere positive Ergebnisse von Jung und Riklin, u. a.

VI.

Die im Voranstehenden beschriebenen Versuche scheinen nun darauf hinzuweisen, dass das zwanglose, durch Ziel- resp. Obervorstellungen unbeeinflusste sprachliche Assoziieren nicht oder mindestens nicht bei allen Individuen den rein ideenflüchtigen Typus darbietet. Es zeigt sich vielmehr überall ein Gemisch von Ideenflucht und Haftenbleiben. Von besonderem Interesse erscheinen aber gewisse andere Eigenartigkeiten der sprachlichen Entäusserungen. Wir müssen bedenken, dass wir ja eigentlich kaum ein anderes Mittel besitzen, die assoziativen Innenvorgänge experimentell darzustellen, als die Sprache. Nun aber kommt dann, wenn nicht fortlaufend assoziiert wird, besonders aber, wenn die Assoziationen bloss durch einzelne Sprachsymbole laut werden, gerade das sprachlichmotorische Moment als solches entschieden zu kurz; da nun aber gerade der sprachlich-motorische Apparat, zumal bei den „Moteurs", einen ganz eminenten Einfluss auf den Assoziationsverlauf besitzt, so müssen in jenem Falle, wie schon einleitend bemerkt, naturgemäß Artefakte erzeugt werden. Es scheint mir also, soll der Ablauf der Assoziationen unbeeinflusst durch das Moment der Aufmerksamkeit geprüft werden, zweckmäßiger, sprachlich zwanglos assoziieren und „darauflosreden" und der Versuchsperson nach vorheriger Instruktion und Demonstration diesbezüglich vollkommen freie Hand zu lassen. Sicherlich ist dies notwendig, wenn es darauf ankommt, wie in meinem Falle, zu ermitteln, wie sich vor allem das rein sprachliche Assoziieren der Versuchspersonen bei



Wegfall der Aufmerksamkeit gestaltet. Nichts wäre da verfehlter, als an Stelle des fortlaufenden Duktus eine Reihe von Einzelassoziationen zu setzen.

Es wird ja freilich schwer halten, bei unseren Versuchen zwischen innerer und äusserer Sprache und nicht minder zwischen innerem Assoziationsablauf und seinem äusseren sprachlichen Korrelat inhaltlich scharf zu scheiden; man wird gewiss sagen können, dass nicht alle Assoziationen auch eben so schnell, als sie auftauchen und verschwinden, werden laut werden können. Aber abgesehen von diesem quantitativen Momente dürfte doch das Phonogramm auch ein Abbild der assoziativen Vorgänge geben, aus denen eben das sprachlich-motorische Element nicht ausgeschaltet werden kann. Zumal wenn man bedenkt, dass ja die Versuchspersonen sämtlich alles, wie es ihnen einfiel, aufs geratewohl laut werden lassen sollten und soweit als nur möglich, in raschester Folge laut werden liessen.*) Kraepelin ist, wie bekannt, der Ansicht, dass bei der hebephrenisch-katatonischen Sprach-Verwirrtheit eine Dissociation zwischen Vorstellen und Sprechen anzunehmen sei. Ich will indes auf eine Erörterung dieser Frage hier nicht in extenso eingehen. Dagegen muss ich nochmals erneut darauf hinweisen, dass sich in allen Phonogrammen immer wieder sprachliche Kontaminationstendenz und zwischendurch auch öfters die Neigung zu sprachlichen Kontrastassoziationen verrät. Dies sowie noch das eine Moment, dass beim zwanglosen, fortlaufenden Sprechen, wie wir sahen, durchaus keine völlig agrammatische Aneinanderreihung stattfindet, sollte in Ansehung des Umstandes, dass ja das sprachlich-motorische Element unter allen Umständen bei physiologischen Assoziationen sehr wesentlich interkurriert, wie bereits bemerkt, vielleicht einigermaßen beachtet werden, ganz abgesehen von den Verschiedenheiten der Assoziationsform, wie sie auch nach meinen Versuchen, zwischen den einzelnen Personen (man denke an die „Konfabulanten") zu bestehen scheinen.

---

*) Vgl. Meringer-Mayer, die für das innere Versprechen („Verdenken"), speziell vor dem Einschlafen, dieselben Kategorien ermittelten wie für das laute Versprechen!

Doch dies hier nur nebenbei. Praktisch wichtiger dürfte die Tatsache sein, dass wir die Kontaminationstendenz, die ja — vide Meringer und Mayer — auch dem „physiologischen“ Versprechen wesentlich mit zugrundeliegt, unter dem Einflusse des Aufmerksamkeitsmangels ganz beträchtliche Dimensionen annehmen sehen; kein Wunder, da ja schon de norma Versprechen durch Aufmerksamkeitsmangel begünstigt wird. Wir lernten aber auch in eben dieser Kontaminationstendenz einen wesentlichen Faktor für das Zustandekommen paralogisierender Wortbildungen (selbst Neologismen) und Konstruktionen erblicken. Wir sahen weiter, dass gerade durch die Summation resp. Aneinanderreihung derartiger Parologien sprachliche Duktus sich formieren, die infolge des zugrundeliegenden Gemisches von loser Ideenflucht mit Perseverationen und Kontaminationen neben Episoden verbigeratorischer Entäusserungen in weiterer Folge ganz den Charakter des klassischen Wortsalats annahmen. Es scheinen also Paralogie, gewisse Neologismen, Verbigeration und Wortsalat genetisch nahe verwandt, und es scheint der sogen. „Wortsalat“ seiner Genese nach sozusagen eine Summe oder ein Multiplum einzelner Paralogien darzustellen. Wir sahen auch, dass derartige sprachliche Gebilde in letzter Linie der Ausschaltung der Aufmerksamkeit, also eines thymo-psychischen Momentes, der Gefühlsbetonung bestimmter, den sprachlichen Ablauf leitender Vorstellungen ihre Entstehung verdanken. Wir werden auch wohl keinesfalls ganz umhin können, von der Sprachfunktion auf den Denkprozess im Allgemeinen zurückzuschliessen und anzunehmen, dass dort vielleicht gleiche oder ähnliche Gesetze gelten dürften.

Ich kann nicht umhin der Tatsache zu gedenken, dass Heilbronner in seiner Arbeit, „Über epileptische Manie etc.“ kurz andeutet, man könne „sehr wohl einige Minuten nach Art eines Katatonischen verbigerieren“, „also den nötigen motorischen Aufwand leisten“. Der Zusammenhang, in welchem bei Heilbronner diese Notiz vorkommt, gehört bekanntlich in das Gebiet der Diskussion über die Dignität der besonders von Aschaffenburg verfochtenen „physiologischen Ideenflucht“, die nach diesem Kliniker sozusagen als durch Erleichterung der motorischen Antriebe bedingt gedacht werden muss,

ganz konform seiner Auffassung über die echt manische Ideenflucht.

Es ist klar, dass die angezogene Notiz Heilbronner's zu meinem Thema eigentlich nur die eine Beziehung hat, dass in ihr des „Verbigerirens“, wie es unter Umständen von normalen Personen produziert zu werden vermag, gedacht wird. Gleichwohl erwähne ich sie nicht bloss um dessentwillen. Ich glaube nämlich im Anschlusse an Heilbronner und an die Ergebnisse meiner Versuche an Normalen diesem Kliniker darin beistimmen zu müssen, dass es „ohne Übung“ allerdings nicht möglich sei, rein ideenflüchtige Reihen zu bilden, einfach deshalb, weil eben beim zwanglosen sprachlichen Assoziieren (und nur dieses kann ja experimentell geprüft werden!) zumindest bei einer Reihe von Individuen reine Ideenflucht nicht produziert wird. So mögen sich denn dann auch die von Heilbronner erwähnten Stockungen erklären. Bei faktischer Ausschaltung der Leitvorstellung tritt eben alsbald auch die sprachlich-motorische Komponente, die beim zielvollen Sprechen resp. Assoziieren mehr im Hintergrund steht, stärker in ihre Rechte, und da gerade sie bei Ungeübten oft kaum zum Bewusstsein kommt (man erinnere sich nur mancher Ausführungen Stricker's), glauben sich Unkundige vielfach vor einer Art „Vakuum“, wenn optische und akustische Bilder zurücktreten; sehr bald lernen sie aber auch ihre „motorischen Einfälle“ als solche zu agnoszieren. Ich brauche ja nur, um nur nicht allzubreit zu werden, auf die obenstehenden Bemerkungen zur Technik der Versuche, die dieser kleinen Studie zugrunde liegen, hinzuweisen. Hinsichtlich der manischen Ideenflucht möchte ich mir weiter unten einige Bemerkungen gestatten.

Ich lasse noch eine epikritische Übersicht über die von normalen Personen gewonnenen Phonogramme folgen (einige wenige unvollständige Versuche sind hier nicht berücksichtigt, ebensowenig die nicht phonographisch reproduzierten).

I. Versuchsperson (Arzt). 10 Phonogramme.

1. Aufgenommen am 9. 2. 04 vorm. 152 Worte. Versuchszeit 1 Minute.

Lange Perseveration des Reizwortes, Klebenbleiben an den damit koexistenten Vorstellungskomplexen. Typisches Durch-

einander von Ideenflucht und Perseverationen, öfteres Klebenbleiben speziell an den prädikativen Verbalformen; Kontaminationsbildungen; ein Beispiel für letztere entsteht aus der Kreuzung von 4 Vorstellungsreihen:

a) (Perseverierend) Hammelfleisch wird in England viel konsumiert.
b) Diese Vorstellung bringe ich nicht los.
c) Dies ist Perseveration.
d) Ich soll drauflosreden, was mir einfällt.

Resultat: „. . . . . überhaupt ein Fleisch, welches man nicht mehr losbringen kann, die Gedanken man nicht mehr losbringen kann, besonders wenn man perseverieren soll (!) dabei, perseverieren, perseverieren, severieren, Severin" (folgt ein anderer Komplex).

2. Aufgenommen am gleichen Tage, etwas später. 163 Worte (V.-Z. 1 Minute).

Assoziationsgang etwas progredienter (Ablenkungsreize nicht eingeschaltet, sonst gleicher Typus wie 1); meist äussere Assoziationsbildung. Im zweiten Teile etwas stärkere Perseverationstendenz. Kontaminationsbildungen, Tendenz zur Interkalierung sinnlos unangebrachter Schimpfwörter.

3. 16. 2. 04, abends. V.-Z. 1 Minute; 201 Worte.

Zu Beginn stärkere Perseverationstendenz; späterhin etwas grössere Progredienz. Gleicher Grundtypus wie früher. Schöne Kontaminationen, eine gleich zu Beginn, entsprechend einer Prädikatsatzbildung, die grammatikalisch etwas komplexer erscheint. Sie entsteht wesentlich aus den Reihen:

a) Hauspartei muss Zinskreuzer zahlen.
b) Politische Parteien.
c) Österreichisch - Ungarische politisch - wirtschaftliche Angelegenheiten.

Resultat: „. . . . . Hauspartei, jene Parteien, welche den Zinskreuzer, der vielfach von österreichischen, ungarischen, anderen Parteien eingeford, eingeführt worden ist, nicht gerne bezahlen, deswegen nicht gerne bezahlen, weil sie im ersten Stock wohnen, im dritten Stock wohnen, gesteigert werden können . . ." etc.

4. Zur selben Zeit. Versuchsd. 45 Sek.; 124 Worte. Kein Ablenkungsreiz.

Starke Perseverationstendenz: im übrigen wie oben. Blühende Kontaminationen reichlich; Ansätze zu verbigeratorischem Wortreigen: „. . . . . man kann nicht sagen, dass alle Schafe Tiere und alle Tiere Schafe sind . . . . ." Eine schöne Verschmelzung ist auch: „Diese Schafe sind . . . . . gewesen, Merinoschafe, aus welchen man das Fett pfundweise herausgeschnitten hat, mit dem Shylock man das Fett herausgeschnitten hat, das Pfund herausgeschnitten hat. . . ." etc.

5. Etwas später aufgenommen. 1 Minute Dauer. — 205 Worte. Wie bisher; sehr starke Perseverationstendenz, namentlich im zweiten Teile, wo das oben erwähnte „Durcheinanderperseverieren", Wortreigenbildung und Kontrastassoziationen stark hervortreten. Selbstredend auch klassische Kontaminationen; Schimpfwörter zahlreich (Konstellation wegen des legeren burschikosen Konversationstons unter uns Kollegen).

6. Zur gleichen Zeit wie 5. — 1 Min. Dauer. — 213 Wörter. — Kein Ablenkungsreiz.

Relativ korrektere Satzbildung. Grundtypus wie oben. Meist äussere Assoziationsbildung; etwas weniger Kontaminationen (nur eine klassische).

7. Ist oben in extenso mitgeteilt worden (I). Ablenkung eingeschaltet; klassischer Typus.

8. Zur etwa gleichen Zeit wie 7 aufgenommen. Keine Ablenkung. — 1 Min. Dauer. — 202 Worte.

Ungemeines Vorherrschen der Perseverationstendenz, Verbigerieren, auch Kontaminationen; Paradigma: „K . . . . . . war ein K . . . . mit einer langen Nase, mit einer Rammnase, mit einer Rampfnase, mit einer Nase zum Rammen, ein Rammgift, ein Mensch, welcher gerammt hat (Kontamination), welcher gerannt ist . . . ."

9. Aufgenommen am 25. 2. 04. 1 Min. Dauer. — Ablenkung. — 204 Worte.

Wieder starke Perseverationstendenz. Kontrastassoziationen nicht selten („. . . . . ein Schmetterling, welcher mit kleinen Netzen, mit grossen Netzen von den Knaben auf den Wiesen gefangen wird . . . ."). Natürlich auch Kontaminationsbildungen.

10. Zur selben Stunde wie 9. 1 Min. Dauer. — 190 Worte.

Relative Progredienz des Duktus. Typus sonst der gleiche wie in allen vorangegangenen Sprachproben. Gegen Schluss etwas grössere Perseverationstendenz.

II. Versuchsperson: (Arzt). 5 Phonogramme.

1. Aufgenommen am 11. I. 05 vorm. 1 Min. Dauer. — 121 Worte.

Gesamttypus wie bei V.-P. I. Starke Perseverationstendenz durch den ganzen Duktus. Wesentlich äussere Assoziationen; Kontrastassoziationen und kontaminatorische Verschmelzungen finden sich selbstredend. Eine klassische Verschmelzung entsteht durch Perseveration von „antediluvianisch" resp. einer damit nahe verwandten (wohl koexistenten) Vorstellung in einem etwas späteren, auf die Verköstigung in der Irrenanstalt scherzweise bezüglichen Passus: „. . . man kann nichts Schlechtes sagen, ja, nein (Kontrastassoziationen), nein, nein, nein, alles vorzüglich wie in der arktischen, in der paläozoischen Periode . . . ."

2. 24. I. 05 vorm. 1 Min. Dauer. — 163 Worte:

Wie oben; wieder starke Perseverationstendenz. Paradigma einer klassischen Kontamination:

a) Springmaus (subj. Konstellation auf „Maus“).

b) Lokomotionsstörung (prädik.) — Kleinhirnerkrankung (Koordinat.).

c) Name eines Patienten mit cerebellarer Gehstörung.

d) Verschiedene eingestreute prädikative Attribute.

Resultat: „. . . . . Springmaus, Grosshirn, sonderbar, Kleinhirntumor, Lederer, eine ledererische Maus, ledererisch . . . . .“ (auch Beispiel für einen kontaminatorischen Neologismus).

3. Oben in extenso mitgeteilt. Ablenkung eingeschaltet. Typus wie oben (II).

4. Zur selben Zeit wie 3. Dauer 1 Minute. — Ablenkung eingeschaltet. — 218 Worte.

Etwas fortschreitenderer Typus. Weniger Perseverationen. Im übrigen keine Abweichung von dem gewohnten Bild; relativ viele innere Assoziationen.

5. Am selben Tage. Dauer 1 Min. — 216 Worte.

Namentlich in der zweiten Hälfte starke Perseverationstendenz. Beispiel einer schönen Wortkontamination ist „Relbstein“, aus „Altberg“ (Name eines mosaischen Patienten), „Rebbe“ (Patient glaubt sich öfters von einem „Rebbe“ [Jargonausdruck für Rabbiner] verfolgt) und „Wildstein“ (Name eines gleichfalls mosaischen Pat., der daher wohl besonders entladungsbereit ist): „. . . . . Der Relbstein ist der Patient, der sich vom Rebben verfolgt glaubt . . .“

III. Versuchsperson (Arzt, ich selber). 13 Phonogramme.

1. Aufgenommen am 12. I. 04 vorm. Dauer: 1 Min. — 249 Worte.

Typisches Gemisch. Tendenz zur Verbigeration und zu kontaminatorischen Neologismen. Sehr zahlreiche Kontaminationen und Kontrastassoziationen.

2. Aufgenommen am 28. I. 04. 1 Minute Dauer. — Ablenkung. — 175 Worte.

Typisches Gemisch. Zahlreiche Kontaminationen. Phrasenhafte Flickwörter öfters interkurrierend. Verbigerationstendenz. Haftenbleiben betrifft namentlich Substantiva. Kontaminationen meist entsprechend prädikativen Assoziationsbildungen und Knotenpunkten.

3. 5. 2. 04 10 Uhr abends. $1^1/_2$ Min. Dauer. — Ablenkung. — 274 Worte.

Massenhafte Perseverationen, Verbigerieren, Schimpfwörter. Wortneubildungen, blühende Kontaminationen, vollkommen sinnlose, in Satzform gekleidete Satzkonstruktionen. Leider aus persönlichen Gründen Beispiele unreproduzierbar (Obzönitäten u. dergl.).

4. Oben als III in extenso wiedergegeben.

5. Aufgenommen am 5. 2. 04 ½11 Uhr abends. Dauer 1 Min. — 200 Worte.

Wie die früheren Phonogramme. Perseveration etwas geringer, wirkt meist nicht länger nach, doch nicht zu verkennen, zu verbigeratorischen Wortreigenbildungen führend; z. B.: „.... Überhaupt sind die Mulatten eine ganz ausserordentliche (Flickwort) Gesellschaft, dazu bestimmt, in gesellschaftlicher Hinsicht eine ausserordentliche Gesellschaft zu bilden ....." (es klangen Erinnerungen an die bekannten Werke von H. St. Chamberlain und L. Woltmann, die ich häufig lese, an).

6. Zur selben Zeit aufgenommen. Dauer 1 Min. — Ablenkung — 176 Worte.

Namentlich in der zweiten Hälfte klangliches Perseverieren vorherrschend, sinnlose Wortneubildungen (abendliche Abspannung?), Typus eines kontaminatorischen Prädikatsatzes (fast alle Prädikatbildungen führten zu Kontamination): „... Zahlreiche B. (Eigenname) sind in Jena links und rechts um die Gassen herum verstreut und links und rechts um die Gassen herum verstreut; Jena ist überhaupt eine schöne Stadt, woselbst die zeisiggrünen Mikroskope (3 mal wiederholt) gedeihen, gedeihen, gedeihen .....". Kommentar wohl überflüssig.

7. 28. I. 04 6 Uhr abends. 35 Sek. Dauer. — 80 Worte.

Typisches Gemisch wie oben, Abspringen und Perseveration halten einander etwa die Wage.

8. 18. 2. 04 vorm. 1 Min. Dauer. — 214 Worte.

Charakter wie 7; ein kontaminatorischer Neologismus („Bibliothák„) aus „Bibliothek" und „Tag" scheint u. a. bemerkenswert. Beispiel für verbigeratorischen Wortreigen: „... Der Pilcz war auf Fanö; auf Fanö war der Pilcz; der Pilcz war auf Fanö ..." etc.

9. Aufgenommen am 18. 2. 04 vorm. 1 Min. Dauer. — Ablenkung. — 185 Worte.

Wie die beiden vorigen; gegen Schluss starke, über mehrere Sätze hinreichende Perseverationstendenz einzelner Worte. Mehrfache schöne kontaminatorische Wortneubildungen, wie: „Botologie" aus „Botanik", („Botulismus"?) und „Mineralogie" (letzteres diente bloss als intermediäre Vorstellung), oder „mineralärztliche" (scil. Hochschule) aus „Tierärztlich" und (coex.) „Mineral"; oder „Ruszien", „Russien" (aus „Bulgarien", wovon die grammatikalische Form persistiert, und nachfolgend „Russisch"; quoad „Ruszien" bemerke ich, dass knapp darauf „Sozialdemokraten" folgte; wohl antecipatorische Verschmelzung!).

10. Zur selben Zeit wie 9. 1 Min. Dauer. — Ablenkung. — 152 Worte.

Wie die vorangegangenen. Etwas grössere Progredienz und

grössere Satzordnung, doch im ganzen der gleiche Typus. Klassische Kontaminationen.

11. Zur selben Zeit aufgenommen. 1 Min. Dauer. — 208 Worte.

Wie oben, gemischt. Verbigeratorischer Wortreigen: „. . . und ich kenne andere Könige, die Kärrner, welche die Könige bauen; es gibt nämlich zahlreiche (Flickwort) Könige, welche dann zu tun haben, wenn die wenn die Kärrner bauen, und die Kärrner sind nicht mit den Kärnthnern zu verwechseln . . ." etc. Eine schöne kontaminatorische Wortneubildung ist „bevorteiligt" (aus „Vorteil haben" und der Kontrastvorstellung „benachteiligt sein").

12. 25. 2. 04 abends 1/27 Uhr. 1 Min. Dauer. — 180 Worte.

Stärkere Perseverationstendenz. Stellenweise Andeutung von Konfabulieren. Sonst keine Besonderheiten. Eine schöne kontaminatorische Wortneubildung stellt „Süpflenatur" dar: „. . . lateinische Übungsbücher sind überhaupt (Flickwort) eine Süpflenatur . . ."; entstanden aus:

a) Lateinisches Übungsbuch — von Süpfle
b) Süpfle — Professorennatur.

13. Zur selben Zeit wie 12. 1 Min. Dauer. — Ablenkung. — 175 Worte.

Relative Progredienz. Typus wie jener der anderen Proben; die Wendungen „Homerule" und „the (great) old man" (Gladstone) werden in verbigeratorischem Wortreigen mehrmals wiederholt, zu Neologismen sich kontaminierend: „. . . The old role rume, the old role rume, the old role rume. the old rume man, the old man, the old man . . ." Klassisch ist auch „Korkstadt" (aus „Kork" und „Cork", irische Stadt).

IV. Versuchsperson (Stud. Med.). 10 Phonogramme.

1. Aufgenommen am 29. 2. 04 nachm. 1 Min. Dauer. — Ablenkung. — 252 Worte.

Starke Perseverationstendenz. Typus fast der gleiche wie bei den 3 früheren Reagenten; öfteres Verbigerieren; Bildung von Kontrastassoziationen; öftere Anwendung sinnloser, phrasenhafter Flickwörter („. . . Vogel legt Eier, muss er Eier legen, warum legt er Eier, wa — was sind die Eier, was sollen die Eier bedeuten . . ."); blühende Kontaminationen.

2. Vom selben Tage. 1 Min. Dauer. — 276 Worte.

Ungemeines Klebenbleiben, zahllose Klangassoziationen, blühende Kontraste und Kontaminationen („. . . man macht alles, man macht alles, man macht keine Köpfe (persev.), man macht keine Kröpfe, man macht keine Brust, man macht kein Herz, man hat keinen Schmerz . . ." etc.).

3. 2. 3. 04 nachm. 1 Min. — 162 Worte.

Wie die vorigen. Blühende Kontaminationen und Verbige-

rieren („ . . . Geld hat nicht jedermann, jedermann hat auch kein Geld, er hat nur die Welt, Geld regiert die Welt . . ." etc.)

4. 2. 3. 04 nachm. 1 Min. — Ablenkung. — 282 Worte.

Der gleiche Typus; auffällige Tendenz zu verbigeratorischer Wortreigenbildung und logisch sinnlosen Kontrasten. Andeutung von Konfabulationstendenz.

5. Oben in extenso gebracht (als IV); Ablenkung.

6. Zur Zeit wie 5. 1 Min. — 236 Worte.

Typus wie 5; Andeutung von Wortreigen: „. . . die Kühe sagen Muh, die Mühe sagen Kuh . . ." etc.

7. Zur selben Zeit. 1 Min. — Ablenkung. — 194 Worte.

Perseveration etwas geringer. Im übrigen der gleiche Typus.

8. Zur selben Zeit wie 7. 1 Min. — 253 Worte.

Der gleiche Typus wie 7; zu Beginn eine fast identische neologische Kontaminationsbildung wie in 5: „. . . Fuss, Füsse, Füsse, am Füssten . . ." etc.

9. Etwas spätere Stunde. 1 Min. — 225 Worte.

Der gleiche Typus.

10. Zeit wie 9. 1 Min. — 237 Worte.

Perseveration wieder etwas stärker, sonst dasselbe Gesamtbild wie 9.

V. Versuchsperson (Stud. Med.). 4 Phonogramme.

1. In extenso oben reproduziert als V.

2. Zur selben Zeit wie 1. Ablenkung. — 180 Worte. Ganz der gleiche Typns wie in 1; eine schöne Kontamination ist „eine Kühne Wiese" aus „einer Kuh" und „eine grüne Wiese". Kontaminatorische Neologismen wie „gerandet", „gesandet" u. a.; massenhafte Klangassoziationen.

3. Etwas später aufgenommen. 1 Min. — Ablenkung. — 190 Worte.

Dieselben Eigenheiten wie 1 und 2; fast den ganzen Duktus hindurch perseveriert das Stichwort („Volk").

4. Zur Stunde wie 3. 1 Min. — 176 Worte.

Ganz ähnliches Bild. Kontaminatorische Neubildungen wie „gekastet" (aus „gekostet" und „Kasten") oder „gekleidert" aus Perseverieren der Verbalform und „Kleid".

VI. Versuchsperson (Stud. Med.). 8 Phonogramme.

1. Aufgenommen am 12. 3. 04 vorm. 1 Min. Dauer. — Ablenkung. — 130 Worte.

Relativ grössere grammatikalische Ordnung im Vergleich zu den bisher erwähnten Reagenten; Duktus im allgemeinen progredient, Perseveration einzelner Worte meist nur auf die unmittelbar folgende Nachbarschaft beschränkt. Gesamttypus aber im grossen der gleiche wie überall. Eine nette Kontrastbildung ist: „ . . ich

bin von Natur aus Antialkoholiker, Alkoholiker . . ." Andeutung von „Konfabulation".

2. Versuchszeit 12. 3. 04 abends. 1 Min. — Ablenkung. — 190 Worte.

Wie 1; Andeutung von Konfabulation (irreales Reiseprojekt) in der zweiten Hälfte. Eine nette Kontamination ist „Wüthner" aus „Blüthner" und „wüthen". „Blüthner" zeigt eine stärkere Perseverationstendenz, insofern nach längerer Pause durch „wüthen" sein Wiederanklingen begünstigt wird.

3. Selbe Zeit. 1 Min. — 185 Worte.

Wie oben. Gegen Schluss mehrfach gehäuft sinnlose Klangassoziationen.

4. Oben als VI in extenso reproduziert.

5. Etwas spätere Stunde. 1 Min. — Ablenkung. — 215 Worte.

Wie oben. Schöne Kontamination ist: „. . . Fest steht die Form aus Lehm gebrannt . . ."; eine schöne Kontrastbildung ist: „. . . ich wäre froh, wenn der X . . . . (Name eines Professors) prüfen würde . . . ." (gerade das Gegenteil wäre objektiv richtig gewesen!).

6. 13. 3. 04 vorm. 1 Min. — Ablenkung. — 189 Worte.

Keine Besonderheiten gegenüber den früheren, nur relativ gute sprachliche Ordnung.

7. Zur gleichen Zeit (in diesem Phonogramme gelangten einzelne Worte nur undeutlich zur Reproduktion). 1 Min. — 205 Worte.

Relativ progredient. Meist nur logoklonisches Nachklingen einzelner Haupt- und Zeitwörterformen. Stellenweise nette Kontrastassoziationen.

8. Etwas später aufgenommen (hier und da etwas undeutliche Reproduktion). 1 Min. — 167 Worte.

Keine erwähnenswerten Besonderheiten gegen oben. Eine schöne Kontamination durch perseveratorisches Nachklingen ist: „. . . Spanien verlor mit Amerika, Amerika, Amerika verlor, Amerika gewann auch die Philippinen . . ." etc.

VII. Versuchsperson (Stud. Med.). 6 Phonogramme.

1. Oben (als VII.) ausführlich wiedergegeben.

2. Zur selben Stunde. 1 Min. — Ablenkung. — 106 Worte.

Typus wie in 1 mit den dort erwähnten Besonderheiten.

3. Etwas spätere Stunde. 1 Min. — Ablenkung. — 151 Worte.

Neigung zum Dialogisieren mit virtuellen Personen (teilweise reale Reminiszenzen); eine schöne Kontamination ist: „. . . alte Theorie; Darwin; Engländer; die Engländer sind Theoretiker . . ." in ihrer Genese wohl durchsichtig.

4. Zeit wie 3. 1 Min. — 158 Worte.

Wie in 3; keine speziellen Besonderheiten.

5. Etwas spätere Stunde. 1 Min. — 171 Worte.

Keine speziellen Besonderheiten.

6. Zur gleichen Stunde wie 5. 1 Min. — Ablenkung. — 168 Worte. — Stellenweise etwas undeutliche Reproduktion.

Gegen Schluss starke Perseveration. Im übrigen keine Besonderheiten gegenüber dem früheren Duktus des Reagenten.

VIII. Versuchsperson (Stud. Med.). 4 Phonogramme.

1. Aufgenommen am 24. 2. 05 nachm. 1 Min. — 197 Worte.

Relativ grosse grammatikalische Ordnung. „Konfabulierender" Typus stellenweise angedeutet, ebenso Tendenz zum Dialogisieren. Viele Flickworte (öfters beschimpfenden Inhalts). Relativ wenige umschriebene Sprachfehler und wenig Klebenbleiben.

2. Selbe Stunde. 1 Min. — Ablenkung. — 204 Worte.

Wie oben, nur etwas mehr Haften. Schöne Kontaminationen ergeben sich aus Reminiszenzen aus dem Gymnasialmilieu: „. . . térra, terréïn, terrás, terrá . . ." (Verschmelzung lateinischer und griechischer Formen). Gegen Schluss sinnlose Klangassociationen kontaminatorisch in Sätze eingeflickt.

3. Etwas spätere Stunde. 1 Min. — Ablenkung. — 212 Worte.

Wie oben, mehr Kontaminationen (z. B. „Verbranntwunde").

4. Selbe Zeit wie 3. 1 Min. — 193 Worte.

Keine spezielleren Besonderheiten, nur etwas mehr Perseveration als in 3.

IX. Versuchsperson (Diener). 13 Phonogramme.

1. 16. 1. 05 vorm. 1 Min. — Ablenkung. — 137 Worte.

Tendenz zu Konfabulation und Dialogisieren mit virtuellen Personen. Satzbau relativ korrekt. Grundtypus sonst der gleiche wie überall. Viele Konstellationsassoziationen.

2. Selbe Zeit. 1 Min. — Ablenkung. — 131 Worte.

Der gleiche Typus wie 1; in der zweiten Hälfte stärkere Perseverationstendenz. Eine schöne Kontamination stellt der Passus dar: „. . . Die Japaner sowie die Russen haben sich sehr tapfer verteidigt . . ." (bezieht sich auf die Kapitulation von Port-Arthur).

3. Selbe Zeit. 1 Min. — 136 Worte.

Wie oben. Sehr oft Konstellationsassoziationen.

4. 2. 1. 05 vorm. 1 Min. — 134 Worte.

Auffallend viel virtuelles, konfabulierendes Dialogisieren. Äussere Satzordnung relativ gut.

5. Selbe Zeit. 1 Min. — Ablenkung. — 108 Worte.

Mehr Perseveration. Wortreigenbildungen wie: „. . . Hier sind wir in Wien und weil wir eben hier sind in Wien, so sind wir eben da". Sinnlose Flickwendungen öfters in Satzform. Sonst wie oben.

6. 27. 1. 05 vorm. 1 Min. — 113 Worte.

Alliterationen zu Beginn. Stärkere Perseveration. Sonst Typus wie die früheren Proben des Reagenten.

7. Oben (als IX.) in extenso reproduziert. — Ablenkung.

8. Selbe Zeit wie 7. 1. Min. — Ablenkung. — 108 Worte.

Keine speziellen Besonderheiten.

9. Selbe Zeit. 1 Min. — 162 Worte.

Keine Besonderheiten gegen die früheren Proben. Relativ viele innere Assoziationen.

10. 13. 2. 05, vorm. 1 Min. — Ablenkung. — 151 Worte.
Keine Besonderheiten.

11. Selbe Zeit wie 10. 1 Min. — 145 Worte.

Relativ viele innere Assoziationen; sonst keine Besonderheiten.

12. Etwas spätere Stunde 1. Min. — 149 Worte.

Exquisite Konfabulation. Reproduktion irrealer Erlebnisse oder ganz allgemeiner Behauptungen in affirmativer Form. Relativ gute Satzordnung.

13. Oben (als VIII.) in extenso mitgeteilt. — Ablenkung.

X. Versuchsperson (Pfleger). 2 Phonogramme.

1. 21. 2. 05, vorm. Oben (als XI.) ausführlich reproduziert.

2. Selbe Zeit. 1 Min. — Ablenkung. — 178 Worte.

Geringere Konfabulationstendenz. Satzbau relativ recht geordnet; viel prädikative Assoziationen. Vereinzelt Perseverieren und Kontaminationen.

XI. Versuchsperson (Pfleger). 6 Phonogramme.

1. 17. 2. 05, vorm. 1 Min. — 172 Worte.

Relativ geordnete Satzbildung, auch korrektere Prädikatsätze. Eine schöne Kontrastkontamination ist: „. . . Rad, Radfahrer gibt es auch sehr viele, aber leider, die fahren doch ein bischen jetzt im Tempo . . ." (Reagent hatte kurz vorher von der bedauerlichen Automobilschnellfahrerei gesprochen.)

2. Selbe Stunde. 1 Min. — Ablenkung. — 181 Worte.

Wie in 1.; wieder vereinzelt schöne Kontaminationen.

3. Etwas Später. — Ablenkung; oben (als X.) in extenso mitgeteilt.

4. Zeit wie 3. 45 Sek. Dauer. — 120 Worte.

Keine speziellen Besonderheiten.

5. 21. 2. 05, vorm. 1 Min. — 102 Worte. Öfters Stockungen!

Starkes Perseverieren.

6. Selbe Zeit wie 5. 1 Min. — Ablenkung. — 95 Worte. Sehr stockend (Indisposition des Reagenten).

Klebenbleiben des Stichworts während des ganzen Duktus!

XII. Versuchsperson (Stationspfleger). 4 Phonogramme.

1. 29. 1. 05, vorm. 1 Min. — 283 Worte.

Durchaus Konfabulation irrealer Art. Leidliche gute Satzfügung, Assoziationsverlauf fortschreitend, wenig Kontaminationsansätze.

2. Dieselbe Stunde. 1 Min. — Ablenkung. — 270 Worte.

Typus wie oben. Kontaminationsbildung deutlich, logische Anakoluthe werden in grammatikalischer Form aneinander gereiht, trotz schreiender Dissonanz des Sinnes.

3. Oben (als XII.) in extenso wiedergegeben.

4. Selbe Zeit wie 3. 1 Min. — Ablenkung. — 271 Worte.

Keine spezielleren Besonderheiten, am meisten 1. ähnelnd.

XIII. Versuchsperson (Arzt, gebürtiger Tscheche; aus äusseren Gründen war eine genauere epikritische Durchsprechung der Versuche in diesem Falle nicht möglich). 6 Phonogramme.

1. 6. 4. 04, abends. 1 Min. — 208 Worte.

Leidlich korrekte Satzfügung. Stärkere, mit Abspringen gemischte Perseverationstendenz, viel Flickwörter. Assoziationsarten gemischt. Kontaminationen und stellenweise Verbigerationstendenz: „ . . . In Afrika und in Amerika und in Australien gibts verschiedene Sachen, welche mäh (Flickwort) auf verschiedene äh Weise zustande kommen . . .“ u. ä.

2. Selbe Stunde. 1 Min. — Ablenkung. — 189 Worte.

Typisches Gemisch mit starker Perseveration, Haftenbleiben des Reizwortes, zwischendurch Abspringen. Verbigerations- und Kontaminationsbildungen: „ . . . aber die Katzen sind, lassen sich auf die Weise nicht djä zu djä zu zustande bringen, wie die anderen Katzen, die Katzen sind halt Katzen, welche mh djä nicht die richtigen Tiere sind . . .“, u. dergl.

3. Etwas später. 1 Min. — Ablenkung. — 143 Worte.

Wie oben. Schöne Kontaminationen. Weniger Perseverationstendenz wie in 2.

4. Zeit wie 3. 1 Min. — 151 Worte.

Keine speziellen Besonderheiten.

5. Etwas spätere Stunde. 1 Min. — 171 Worte.

Keine Besonderheiten gegenüber den früheren Proben.

6. Selbe Zeit wie 5. 1. Min. — Ablenkung. — 198 Worte.

Sehr starke Perseveration. Stichwort haftet fast durch den ganzen Duktus; zwischendurch natürlich Abspringen, Kontaminieren und Verbigerieren wie oben.

XIV. Versuchsperson (Oberpfleger). 2 Phonogramme; stockend und leicht erregt bei den Versuchen, noch wenig Übung, als aus äusseren Gründen die Versuche mit ihm sistiert wurden.

1. 16. 4. 05, vorm. 1 Min. — 46 Worte (sehr stockend und zögernd).

Starke Perseveration und Verbigerieren.

2. Selbe Stunde. 1 Min. — 38 Worte (wie in 1.!)

Wie 1.; Haftenbleiben, Verbigerieren, Kontaminieren.

Im Ganzen fiel auf, dass minder Gebildete mehr innere Assoziationen bildeten (vergl. auch die Ergebnisse von Aschaffenburg, Jung u. a.), dass sie geordnetere schulmäßigere Diktion bewahrten (selbst im Dialekte) und dass sie im allgemeinen stärker zum Konfabulieren neigten.

VII.

Ich möchte nun im folgenden noch die Sprachverwirrtheit bei einer Reihe von Psychosen einer kurzen Betrachtung unterziehen. Ich beginne mit der Dementia praecox.

Während ich bei Normalen durchgängig die phonographische Fixation der Sprachproben in ausgedehntestem Maßstabe anwandte, machte ich bei Geisteskranken diesbezüglich weit weniger günstige Erfahrungen, als z. B. Sommer. Mit wenigen Ausnahmen gelang es mir mittels meines sonst ganz vorzüglichen Apparates bezw. der mir zur Verfügung stehenden Hilfskräfte nicht, ganze Konversationen resp. Duktus einwandfrei zu fixieren; gerade bei den Katatonikern am allerwenigsten. Hier musste ich daher mit der alten Methode des Mitstenographierens Vorlieb nehmen.

Auch bei den Kranken dieser Art, deren ich eine grössere Anzahl daraufhin studierte, war mir naturgemäß ein sehr einfacher Weg vorgezeichnet; bald musste ich zum „Frage- und Antwortspiel“ greifen, wie bei den „torpideren“ Fällen, bald durfte ich mich, wie bei den „erethischeren“, damit begnügen, eine Art Stichwort zu geben, an welches anknüpfend dann spontane längere Voziferationen laut wurden. Nachstehend die Reproduktionen typischer Antworten resp. Voziferationen solcher Kranker:

I. O. B., 28 J., Katatoniker (in meiner Arbeit, l. c., bereits als solcher beschrieben als Obs. Nr. 22).

Examen am 4. VI. 1903.

Frage:

Was ist eine Insel?

Antwort:

„Eine Insel ist ein Theater, ah ja, Insel ja, nach meiner Ansicht (folgt unverständlicher Gallimathias), schreib' d'rauf Martinique (sieht mir beim Schreiben zu)."

Wir sehen zunächst, dass Pat. das Fragesubjekt als solches erfasst, aber mit ihm den erstbesten Einfall prädikativ kontaminiert; es folgen sinnlose Redensarten; endlich kontaminiert der Kranke den Namen einer der Antillen mit dem Sinneseindrucke, den er vom schreibenden Arzt empfängt. Typisches Paralogieren; klassische Kontaminationen.

II. H. J., Hebephrene (Jurist!), 27 J. alt.

Examen am 31. V. 1901.

Frage:

Definition eines Parlaments.

Antwort:

„Darunter verstehe ich einen Organismus, der dazu bestimmt ist, der Volksmeinung gegenüber der gesetzgebenden Gewalt Ausdruck und Stimme zu verleihen, sozusagen das Echo des Volkes; es ist nur unter schwachen Regierungen notwendig, eine Schande für eine Regierung."

Wir sehen innerhalb einer geordneten Satzkonstruktion eine assoziativ verwandte, aber inhaltlich unrichtige Vorstellung durch Abgleiten laut werden („gesetzgebende Gewalt") und innerhalb des Prädikatsatzes als Bestandteil figurieren (Pat. hatte sich knapp vorher auf Befragen diesbezüglich unterrichtet gezeigt); gleich darauf sehen wir eine Kontrastvorstellung in das Satzgefüge („schwach" statt „stark") in einen zweiten Prädikatsatz sich einschieben und in die Satzkonstruktion hineinkontaminiert.

III. Josef St., Finanzbeamter, 36 J. alt, Hebephrene.

Examen am 8. VIII. 1903.

Frage:

Was ist ein Säugetier?

Antwort:

„Ist eine Kuh, zum Beispiel ein Geburtshelfer."

Klassische Kontamination; „Geburtshelfer" ist eine mittelbare, mit der Vorstellung des Gebärens lebendiger Junger wohl

durch Koexistenz verwandte Assoziation, die ganz unlogisch in das Satzgefüge der Antwort eingereiht wird.

Examen am 9. VIII. 1903.

Frage:

Was ist ein Säugetier?

Antwort:

„Ein Säugetier, zum Beispiel eine Kuh — ein Nutztier.“

Die koexistente Assoziation „Nutztier“ wird mit der Definition konstruktiv dermaßen verquickt, als wäre sie ein Prädikatbestandteil derselben. Wieder Kontamination als Grundlage einer paralogisierenden Äusserung.

IV. P., Hebephrene, 31 J. alt.

Examen am 4. XII. 1903.

Frage:

1. Was ist eine Hauptstadt?

Antwort:

„Hauptstadt — eine Residenz für Rechtsgeschäfte — Hauptstadt — sollen wir uns behaupten da d'rin — das ist eine bevorzugte, man bevorzugt sie, man soll sie bevorzugen — wenn man sich irgendwo beklagen geht, es gibt verschiedene Städte, verschiedene Gerichte.“

Frage:

2. Was stellen Sie sich unter der „Heil. Jungfrau“ vor?

Antwort:

„Der Wandel eines Fräuleins.“

Frage:

3. Was ist ein Viereck?

Antwort:

„Ein winkelartiges Quadrat.“

Auch an diesen 3 herausgegriffenen Sprachproben vermissen wir vor allem Kontaminationen nicht; so „Residenz für Rechtsgeschäfte“ (Kontamination zweier untereinander koexistenter, aber disparater Prädikativbestimmungen zu „Hauptstadt“); wir sehen in der ersten Sprachprobe ferner ein Gemisch von Abspringen und Perseveration, letztere auch rein klanglicher Natur („Hauptstadt — behaupten“, ferner „bevorzugen“); endlich erscheint am Schlusse die Vorstellung von „Gerichtshöfen“ perseveratorisch wieder. Wir sehen auch, wie dieser „Vor-

stellungsreigen" (siehe oben) zu grammatikalischen Kontaminationen führt und wie der Kranke verbigerierend und kontaminierend an dem virtuellen Ziel der Definition „vorbeizielt" (wenn ich diesen nicht unpassenden Terminus von O. Gross hier anwenden darf). Wir sehen, wie sich auch hier wieder der kleine Duktus aus einzelnen Paralogien aufbaut. Echtes Vorbeireden manifestiert sich wohl in den beiden letztangeführten kurzen Antworten des Pat.: das eine Mal fallen die Mittelvorstellungen „unbefleckte Empfängnis — virgo intacta — sittsamer Lebenswandel" aus und der Subjektbegriff der hl. Jungfrau wird kontaminatorisch und ganz unlogisch prädikativ bestimmt. Das andere Mal wird auf „Viereck" statt einer prädikativen Bestimmung unter der Form einer solchen der subordinierte Terminus „Quadrat" assoziiert und die prädikative, aber unzugehörige Vorstellung „Viereck hat 4 Winkel" wieder mit jener kontaminiert und zwar in der Form einer Wortkontamination (aus „Winkel" und dem allgemeinen Adjektivsuffix „—artig").

V. St., Ida, Katatonikerin, 32 J. alt.

Examen am 29. III. 1904.

Frage:

1. Wie heisst der Kaiser?

Antwort:

„Franz Karl; Ferdinand II."

Frage:

2. Definition?

Antwort:

„Der Fürst, Fürstengruft (dekliniert dann dieses Substantiv verbigeratorisch), Blütenduft."

3. Wiederholung der Frage.

Antwort:

„Ein Augenblick."

Frage:

4. Heutiges Datum?

Antwort:

„Sind Sie eine Kirche und ich bin ein Tempel."

Auch in dieser Stichprobe sehen wir wieder dieselben Ge-

setze vorwalten. Von Interesse ist insbesondere, wie als Antwort auf die vierte Frage scheinbar der „erstbeste Einfall“ erfolgt, der aber in naher assoziativer Beziehung zu „Fürstengruft“ steht; dabei kommt es zu einer Kontamination zwischen diesen Vorstellungen und der ganz disparaten konventionellen Anredeform, so dass ein formell korrektes und inhaltlich vollkommen sinnloses, aber aus dem obigen Konnex immerhin verständliches Satzgebilde entsteht.

VI. K., Walter, Kommis, Hebephrene, 16 J. alt.

Examen am 28. VII. 1903.

Frage:

1. Säugetier?

Antwort:

„Eine Naturgeschichte, in welchem sind Insektenpulver, Tiger, Löwe und Panzer und überhaupt Gemüsen, Wiesen, Felder und Ackerbau und Kulturleben vorkommen, Kultur und Staatszivilisation, die vom Zentrum im Kreis abstammen, Intervention oder Interpellation, Kreisabschnitt oder Basis, Dimensionen oder Dimenstrale.“

Frage:

2. Was habe ich gefragt?

Antwort:

„Überhaupt, was man versteht unter einem Naturforscher, einem Säugetier, unter Lebensverhältnissen.“

Frage:

3. Was ist ein Gymnasium?

Antwort:

„Eine Akademie, wo Kultur, Ackerbau, Situation, Gewerbe, Lebenskultur und Ackerbau beschäftigt sind, oder kultiviert sind, im ganzen Lande oder auf dem ganzen Meere, oder auf dem ganzen Erzbischof, auf dem Hochgebirge. . . . .“

Frage:

4. Was fragte ich?

Antwort:

„Was man unter Ackerbau, Kultur und Staatsleben versteht, überhaupt, was eine Akademie ist, ein Gymnasium; überhaupt Staatskosten, auf eigene Kosten, Gewinnst, Gespinnst, Zentrum, der Kreisabschnitt, Kreisabschnitt, Dimensionen;

Kontrakt ist eine Handelsurkunde, ein Wechselabschnitt, ein Wechselausschnitt . . . .“

Einige wenige Bemerkungen zur Epikrise. Wir sehen wieder in allen Antworten resp. Voziferationen des Pat. ein Durcheinander von Ideenflucht und Perseverationserscheinungen sowie blühende Kontaminationstendenz; man vergleiche beispielsweise: „Eine Naturgeschichte, in welchem sind Insektenpulver, Tiger usw.“; hier ist schon das Wort „Naturgeschichte“ eine mittelbare Assoziation zur Frage, welche, sowie sie auftaucht, schlankweg zu „Säugetier“ in prädikative Beziehung gebracht, laut wird; das gleiche gilt von „Insektenpulver“; auch der weitere Duktus strotzt von solchen Kontaminationen; zu Schlusse kommt es zu einem Interferieren zwischen zwei Assoziationskomplexen, indem einerseits Schulreminiszenzen und andererseits solche politischer Art an das Thema „Kultur und Staat“ anknüpfen und kontaminatorisch durcheinanderschwingen; leider schliesst der Duktus rasch; „Dimenstrale“ ist vielleicht am ungezwungensten als kontaminatorischer Neologismus aus den geometrischen Begriffen „Dimensionen“ und (?) „Diagonale“ und „Demonstration“ zu deuten. — Schöne Verschmelzungen bietet auch die Antwort zur 3. Frage; man beachte speziell „kultiviert“ (aus persev. „Kultur“ und dem grammatikalischen Nachklang der Form des vorangehenden Zeitwortes); ebenso sind die Einschiebungen unangebrachter, in den Satzzusammenhang eingestreuter Bildungen wie „Situation“, „Erzbischof“ u. dgl. zu deuten; Pat. war noch vor kurzem dem Schulbesuch obgelegen und es lag ihm daher Assoziiren schulmäßig koexistenter Vorstellungen besonders nahe, die nun ziellos durcheinandergingen, sowie einmal der ohne jede Leitvorstellung sich abwickelnde Duktus in das Bereich der Reminiszenz an die Geographiestunden abzugleiten begann. Einzelne dieser Bildungen (besonders „Kultur“) perseverieren übrigens von Antwort Nr. 1 bis Nr. 4 hinüber. Was diese letztere anbetrifft, so möchte ich zu ihrer Analyse nur bemerken, dass in ihr die disparatesten Assoziationen auf „Gymnasium“ kontaminatorisch durcheinandergehen: „Staatskosten, auf eigene Kosten“ spielt auf das Einjährigfreiwilligenrecht an, „Gewinnst, Gespinnst“ knüpfen in durchsichtiger Weise an „Kosten“ an;

dann folgen Reminiszenzen aus der Geometriestunde und aus dem Handelskurs, deren Elemente schliesslich zu einem kontaminatorischen Wortreigen verschmelzen („Wechselabschnitt" und „Wechselausschnitt"); klassisch ist übrigens auch die Konstruktionskontamination, die zwischen diesen Wörtern und „Kontrakt" durch die Kopula „ist" zustandekommt, wodurch jene zu diesem, obwohl de facto in koordinativem oder selbst nur koexistentem Verhältnis zueinander stehend, formell in einen Prädikatsatz verschmolzen werden.

VII. L., Hildegard, 31 J. alt, Katatonie (von mir bereits publiziert, l. c. obs. 25).

Examen am 11. VII. 1903.

Frage:

1. Was ist eine Republik?

Antwort:

„Das ist bitte, dort, wo nicht sind 2 Millionen Menschen, wo nicht ist ein Kaiser, wo ist unter eine Million Menschen, wo nicht ist ein Kaiser, das ist, bitte, eine Republik, nä, nä, hm, hm, Republik, nä, nä, hm, hm, ist bitte, wo kein Kaiser ist, bitte, hm, hm, gewählt und wo nicht sind zwei Millionen Menschen, nä, nä, hm, hm, und wo es keinen Kaiser gibt."

Frage:

2. Was ist ein Planet?

Antwort:

„Ein Planet, bitte, hm, hm, ist bitte ober Salzburg, ober Böhmen das Meer, hm, ober Böhmen das Gebirge, sagen wir, die, die, die Lech, das nennt man ein Planet, aber auf dem Atlas muss es verzeichnet sein, nä, nä, hm, hm . . . ."

Frage:

3. Was ist ein Kaiser?

Antwort:

„Bitte, hm, das ist der höchste Gewählte im Lande, der kann so leben, wie ich ihn mir in einem Märchen von Grimm vorstelle, der Höchste ist der Kaiser."

Frage:

4. Was ist ein Säugetier?

Antwort:

„Ein Säugetier, bitte, das ist ein Tier, hm, hm, das ist

ein Säugetier, bitte, das sich nicht von vorgestreuten, gebratenen Äpfeln nährt, das zieht von der Mutter und der Schwester, das nährt sich nicht von vorgestreuten, von hingestreuten Äpfeln, hm, hm."

Frage:

5. Was ist ein Quadrat?

Antwort:

„Hm, ein Quadrat, das ist zum Beispiel, bitte, ein Quadrat ist ein aus 4 Teilen zusammengesetztes Figürchen, aus 4 Stücken zusammengesetztes Figürchen, ein schwarzes Figürchen, ein schwarzes, nä, nä, hm, hm."

Frage:

6. Was ist eine Verfassung?

Antwort:

„Eine Verfassung, 1, 50 ist mir hinausgekommen, eine Verfassung ist, was im Lande aufgestellt ist zur Ordination von jemandem, der noch neu ist in einem Bezirke, von jemandem, der noch neu ist in einem Bezirke, ein Statthalter, der vorgesetzt ist, dass er sagt, dass die Sonne untergeht in 6 Tagen, und das gibt er weiter den Versicherungsbeamten, und so kommt die Verfassung in Zug und Gangbarkeit."

Ich brauche nunmehr wohl bloss darauf hinzuweisen, dass auch diese letztgebrachten Sprachproben das früher Gesagte recht deutlich illustrieren. Besonders stark tritt hier neben gewissen stereotypierenden Interjektionen die Perseverationstendenz hervor. Überall ferner findet sich die gewohnheitsmäßig eingeschliffene Tendenz zur Satzbildung und Kontaminationsbildung, durch Kreuzung von Assoziationen veranlasst. In Antwort Nr. 2 sehen wir allerhand geographische Begriffe planlos durcheinander verschmelzend. In 3. findet sich eine nette Kontrastvorstellung („Gewählte"), vielleicht gebahnt durch die vorangegangene Definition einer Republik. Besonders blühende Verschmelzungsbildungen bietet Nr. 6, wo sich der Begriff „Verfassung" zunächst mit dem einigermaßen koordinierten Vorstellungskomplex „Instruktion für einen Regierungspräsidenten" verquickt, während dann wieder letzterer mit dem Vorstellungskomplex „soziale Fürsorgebestrebungen der Regierung" verschmilzt; in letztere Kontamination ist noch

gleichsam subordiniert eingeschachtelt eine durch Einstreuung der Vorstellungsverbindung „Woche — 6 Tage Arbeitszeit — Tag — Sonnenlauf“ bedingte weitere Kontamination; diese ganze Gruppe von Verschmelzungen tritt formell zu „Verfassung“ in prädikative Beziehung, wobei im Prädikatwort selber durch Interkurrieren der äusseren Assoziation „Wirksamkeit — Gangbarkeit — Zug“ eine Kontaminationsbildung zu verzeichnen ist.

VIII. E., Karl Heinrich, 20 J. alt, stud. jur., Katatoniker. Examen am 8. VIII. 1904.

Frage:

1. Wer war Nicolaus Cusanus?

Antwort:

„Das ist so ein Mensch, den sie einmal zusammengeschossen haben, wenn ich im 14. Jahrhundert gelebt hätte, wäre eine Meute Pfaffen über mich gekommen. . . .“

Frage:

2. Zehntafelgesetze?

Antwort:

„Das ist von den alten Griechen da, Appius Claudius in dieser Zeit, Behörden haben die Gesetze aufgesetzt, das waren die Zehntafelgesetze.“

Frage:

3. Definition eines Kaisers?

Antwort:

„Da gibts verschiedene Staaten, zum Beispiel eine Despotie, ein despotischer Kaiser ist der von Russland, der hat eine grosse Fuzelei, aber bei uns, das ist eine konstitutionelle Monarchie, der kann allein nichts machen, wenn sie jemanden erschiessen, da können sie ihm dreinreden in die Fuzelei. . . .“

Frage:

4. Fuzelei?

Antwort:

„Ja, wenn Sie wollen, dass ich's mit dem amtlichen Namen nenne, ist das die Polizei.“

Im ganzen grossen ist die formelle Ausdrucksweise im Rahmen der gangbaren Konversationssprache leidlich korrekt zu nennen. Blühende Kontaminationen aus Kreuzung von

Assoziationsreihen sind nicht zu verkennen; in 1. kontaminiert sich der mittelalterliche Jurist mit der Vorstellung der Inquisition und diese (Mittelvorstellung: Hinrichtung) mit „Erschiessen“; ersteres erscheint sogar antezipiert. Wir sehen da, wie Recht Meringer und Mayer haben, wenn sie die Antezipationen streng genommen gleichfalls zu den Kontaminationen rechnen. Dies zeigt sich auch in 2., wo die „alten Griechen“ echt kontaminatorisch antezipiert werden, obwohl sie assoziativ erst nach den „Römern“ folgen sollten. In 3. findet eine sprachliche Verquickung statt zwischen der Vorstellung „konstitutionell“, „Beschränkung der exekutiven Gewalt“ und „sie“ (scil. „Abgeordnete“), so dass herauskommt: „wenn sie (scil. Abg.!) jemanden erschiessen, dann können sie ihm dreinreden“. „Fuzelei“ wäre eine Art Neologismus, der Polizei bedeuten soll; es ist aber nicht ausgeschlossen, dass es sich nur um eine humoristische burschikose Wortverdrehung handelt.

IX. H., Heinrich, Katatoniker, Lehramtskanditat, 17 J. alt
Examen am 30. V. 1903.

Frage:

1. Definition eines Staates.

Antwort:

„Staat ist das Zusammenleben von vielen Leuten, stundenweise, stundenweise getrennte Ortschaften, von 4 Seiten gebirgig abgegrenzt, ein Teil auch durch Seen begrenzt, wie bei Italien, meistens sehr schön in China, der Inselstaat, Batum, Kamtschatka, anschliessend zur Türkei gehörend, der gelbe Golf, das Goldland Klondyke.“

Frage:

2. Name des Kaisers?

Antwort:

„Franz Josef I., mit seinen 7, 8 Generälen, Graf Ritter von Spaun, Anführer der Schweden, $^1/_4$ Jahrtausend, Angriff auf Deutschland, früher sich bekriegend bei Schmalkalden.“

Frage:

3. Republik?

Antwort:

„Jenes Land, abgegrenzte Stück Gutland, welches einen

Finanzminister besitzt, wo keinem König die Leitung untersteht, welches von einem Finanzminister unterjocht, regiert wird, zum Beispiel Frankreich, von dem Eisenbahnfinanzminister von Eulenburg, Dr. von Eulenburg, Baron Eulenburg, Klondyke, Goldland."

Frage:

4. Nationalitätenverhältnisse Böhmens?

Antwort:

„In der Mitte wohnen Tschechen, in den Seitenländern Deutsche, zum Beispiel die Alemannen, zugereist von Russland, Kamtschatka, gegen Bayern, Sachsen, Baden, Grossherzogtum Holstein, dort im Süden Fürstentum Liechtenstein."

5. Wiederholung der Frage.

Antwort:

„Deutsche Nationalitäten, Inwohner, Einwohner von Böhmen, da wohnen noch Sachsen in den Gebirgen Wekelsdorf, Atzgersdorf, Wekelsdorf, hier hat ein Baron Wollbaum, erzeugte Wollstoffe, in Nikolsburg ist er Bezirksrichter, Seidenindustrie haben sie dort, Wollbaum, Rumburger Wolle, dort wohnen auch Deutsche, inmitten einer deutschen Schule."

Examen am 31. V. 1903.

Frage:

6. Delphisches Orakel?

Antwort:

„Ein Denkmal im ägäischen Ozean, in welches sich der König Dido der griechischen Königstochter hineinstürzte, die aber gerettet ward von ihrem Mann, der sich erworben hat ein Landgut, die griechische Stadt Antiochia, aus dem Christentum, der sich erworben hatte durch Streifen aus Ochsenhaut, die sie zusammenlegte, so dass sie ein Rhomboeder bildete, es waren da die römischen Konflikte unter Romulus im Jahre 400 oder 925.

Examen am 2. VI. 1903.

Frage:

7. Volksschulgesetz?

Antwort:

„Das ist jenes Gesetz über schulpflichtige Kinder, welche krankhafte Zustände haben, wenn sie ausbleiben und wenn sie

auf dem Felde arbeiten sollen. Abwechseln täglich, wenn sie 2 Tage arbeiten und 2 Tage in die Schule, gehen sie wöchentlich wechseln. Wenn sie eine Woche arbeiten und eine Woche in die Schule gehen, alle schulpflichtigen Kinder, welche einen krankhaften Zustand haben und zuhause bleiben müssen und so Zeit gewinnen, also zuhause zu bleiben, Zeit gewinnen, vielleicht zum Anstellen, vielleicht zum Kochen, etwa gelbe Rüben putzen, Spargel schneiden, Kraut ausschneiden, Erdäpfel ausnehmen und mit Essig und Öl einreiben, Erdäpfelsalat, mit Zwiebel und Knofel zerreiben, Knofelsuppe."

Frage:

8. Welche Frage gestellt?

Antwort:

„Um das Schulgesetz, Schulgesetz ist jenes in den Ferien, in den Ferien, jenes in den Ferien. Sonst kann ich mich im Garten beschäftigen, jetzt in der Sommerszeit, jetzt zum Sommer, zum Sommer, im Frühling, jetzt im Frühling."

Frage:

9. Völkerwanderung?

Antwort:

„Die Völkerwanderung beginnt im Jahre 216, fängt an 250 und geht von Russland, Asien. Die Völkerstämme sind kräftig gebaut, mit blendenden Zähnen, blonden Haaren, blauen Augen, langem Bartwuchs, so Spitzbart, vielleicht ein paar Warzen im Gesicht, guten, starken Reisszähnen, Schneide-, Stosszähnen, gut ausgeartetem Körperbau, schönem Hals, starke Brust, schön gebautem Unterleib, Schenkeln, stählernen Sehnen, Boden knapp anschliessend hartnäckig, dann einen Schwamm im Munde. Ich habe einmal einen Läufer gekannt, der hat, so oft er gelaufen ist, einen Schwamm im Munde gehabt, dieser Läufer ist einmal 137 m gelaufen und hat einen Schwamm im Munde gehabt, um statt stehen zu bleiben, hat er an dem Schwamm gesogen. Er war angezogen wie ein mittelalterlicher Landsknecht, so rotweissgestreifte Hose, auch dreifarbig, geschlitzten Rock und hat wirklich mit dem Schwamm im Munde 100 m gelaufen."

Examen am 6. XII. 1903.

Frage:

10. Reptil?

Antwort:

„Ein Reptil ist jenes Tier, welches ausgestattet ist mit einem oberkörperlichen Schuppenpanzer aus Knochensubstanz, dann einem inhaltlichen Wehrstoff zum Wehren, nämlich eine Gallenblase zum Wehren mit einem dicken Stoff, theologische Stoffe, ejakulierte Stoffe, einem Stachel, einem Wehrstachel. Und dann das einzige war, dass ich mit den Herren Professoren spazieren gegangen, mit, mit meinen Freunden im Hofe."

Frage:

11. Elektrizität?

Antwort:

„Die Elektrizität wird in Bataillonen aufbewahrt, in Glasgefässe, die prismatisch geformt sind, anfänglich füllt man braune Substanz hinein, nämlich Tanninstoffe, Lederstoffe, verarbeitete Stoffe und dann späterhin wird die Elektrizität ausgelaugt unter einem Behälter, damit die Luft nicht herausströmt, das Wasser nicht herausströmt; die Elektrizität fliesst positiv herüber, nährt sich und wird gelegentlich dreifachströmig und zweiströmig. Auch diese Gründe werden entdeckt und dann fortgenommen, mitgenommen und nachhause genommen. . . ."

Aus einem anderen Examen.

Frage:

12. Metall?

Antwort:

„Ein Metall ist jenes Stück aus verschiedenen Metallen bestehendes Metallstück, welches eine Länge von 12 cm bis 13 cm erreicht. Dasselbe wird in der Chemie gebraucht, zum Kohlenstaub. Auch habe ich jenes Metall von Kalium zu erwähnen, welches leicht zerschnitten werden kann und in das Wasser getaucht, entzündet sich der Kohlenstoff und verbrennt unter blauem Licht; ferner gibt es Jodkalium, das ist dampfig, etwas fetterdige Stoffe haltig; dieses Jodkalium ist wie ein fetter Lehmboden; es kommt in erdigem Boden, Sumpfboden vor und diese Erde und wird verwendet in den Eisengiessereien."

Es braucht wohl nicht erst epikritisch erwähnt zu werden,

wie sehr wir auch in diesen Sprachproben all jene Züge antreffen, die wir bereits oben mehfach erwähnten; vielleicht ist gerade dieser Kranke als ganz besonders instruktiver Fall anzusehen. Namentlich an klassischen Kontaminationen sind die einzelnen Duktus schier überreich. Ich will nur auf einige der besonders lehrreichen bezüglichen Beispiele hinweisen.

Antwort 1 enthält neben anderen ähnlichen die klassische Verschmelzung: „Kamtschatka, anschliessend zur Türkei gehörend“, durch die Verquickung geographischer, durch Koexistenz verwandter Schulreminiszenzen entstehend, die durch das kopulative Interkurrieren zweier gleichfalls der koexistenten Erinnerung an das schulmäßige Milieu angehöriger Participia in prädikative und in dieser Form ganz sinnlose sprachliche Beziehung gebracht werden.

Antwort 2. „Graf Ritter von Spaun, Anführer der Schweden“; der Name eines der Gegenwart angehörenden österreichischen Admirals („Graf Ritter“ ist natürlich an sich schon eine als solche sinnlose Verschmelzung) wird mit der koordinierten Vorstellung „schwedischer Anführer“ („Österreich — Schweden“ koexistent via „dreissigjähriger Krieg“) derart kontaminiert, das letztere sinnlos als prädikatives Attribut zu figurieren scheint. Die erwähnte Mittelvorstellung wird erst im Nachklange laut.

Antwort 3 strotzt von den unsinnigsten Verschmelzungen; die ausgeschliffenen Kopulativzeitwörter helfen zwischen den logisch disparatesten assoziativ verwandten Sprachvorstellungen ganz abenteuerliche Kontaminationen herstellen, bei grammatikalisch leidlich korrekter Ausdrucksweise. In die „von einem Finanzminister unterjochte (Republik)“ ist auch eine manifeste Kontrastvorstellung eingegangen (Republik — unterjocht); eine schon ans Neologistische streifende Wortkontamination ist der „Eisenbahnfinanzminister“, der sich als solcher via Mittelvorstellung „Minister — hoher Beamter — Diplomat“ mit dem Namen des seinerzeitigen deutschen Botschafters in Wien prädikativ kontaminiert; die Schlussworte erklären sich wohl perseveratorisch von 1 her.

Antwort 4. „Seitenländer“ involviert wieder eine antezipative Kontamination, insofern die Vorstellung, dass das zu-

sammenhängende deutsche Sprachgebiet Böhmens längs der Landesgrenzen sich hinzieht, jene an die Grenzländer wachruft, die dann antezipativ als solche schon an früherer Stelle laut wird. Die „von Russland zugereisten Alemannen" erklären sich wohl (siehe Antwort Nr. 9) wieder durch Verschmelzung der Vorstellungen „Deutsche — Alemannen — aus Osteuropa hergekommen (Völkerwanderung) — zugereist von Russland (moderne Ausdrucksweise mit etwas despektierlichem Beiklange)," die durch das schulmäßige „zum Beispiel" besonders grell hervortritt und wegen des völligen Ausfalles der Mittelvorstellung einen ungemein barocken Charakter erhält. „Grossherzogtum Holstein" erklärt sich durch das Nachhinken des Attributes zu Baden, gewissermaßen ein begrifflicher Nachklang (hinsichtlich Nachklänge vide Meringer und Mayer, l. c.).

Antwort 5. Man beachte u. a. die Einschiebung „Atzgersdorf" (nächst Wien gelegene Ortschaft, im Wiener Volkswitz öfters erwähnt, daher stets naheliegend, wenn von „Dorf" die Rede ist) in den von Deutsch-Böhmen handelnden Passus; ferner am Schlusse die blühende Kontamination „dort wohnen Deutsche, inmitten einer deutschen Schule", die sich wohl leicht erklärt.

Antwort 6 ist voll solcher leicht durchsichtiger Kontaminationen.

Antwort 7. Hier verschmilzt in recht drastischer Weise die Vorstellungsreihe „Volksschulgesetz — Schulzwang — Vorschützen von Krankheit bei Bauernkindern bei Ausbleiben aus der Schule wegen ländlicher Arbeiten" zu einem durch die stets parat liegenden Adverbia und Kopulativverba äusserlich geordnet scheinendem Satzganzen; durch fortwährendes, wechselweises Verstellen der einzelnen disjecta membra in Redeform entsteht der Eindruck der Verbigeration; natürlich interkurrieren zwischendurch auch logisch sinnlose, bloss assoziativ irgendwie verwandte Wendungen.

Antwort 8 ist eigentlich nur eine Fortsetzung zu 7.

Antwort 9. Man beachte besonders den „gut ausgearteten Körperbau" (Kontamination, gegeben durch das sinnlose Lautwerden der Kontrastvorstellung „ausgeartet" statt „geartet"

oder „ausgebildet", oder durch Verquickung der beiden letzteren Termini). Durch Antezipation resp. Auslassung einer erst später lautwerdenden Zwischenvorstellung erscheinen auch die Germanen der Völkerwanderung mit einem „Schwamm im Munde" auf der Szene („Germane — athletische Erscheinung — Wettläufer — Schwamm im Munde".)

Antwort 10. Beachtenswert ist die schier neologistische Kontamination „inhaltlicher Wehrstoff" („Reptil — Giftdrüsen — dienen zur Verteidigung — liegen im Körperinnern"); entstanden durch die Perseveration der Adjektivform, die mit dem vorgestellten Begriffe, der wieder (wohl von „Schuppenpanzer" her) die Form eines zusammengesetzten Substantivs perseveratorisch anzunehmen tendiert, zu einer Wortkontamination verschmilzt. Daran reihen sich dann weitere, wie ich wohl glaube, leicht analysierbare Verschmelzungen. Den Schluss bildet eine Schulreminiszenz, wohl nahegelegt durch das wie schulmäßige Fragen resp. Antworten.

Antwort 11. Man beachte u. a. die schöne antezipative Kontamination „Bataillon" (unausgesprochene Mittelreihe: „Flasche — Bouteille — Bataillon"); dann die „ausgelaugte Elektrizität", die sich später „nährt" („Steigerung — Ernährung").

Antwort 12. Eine klassische Kontamination ist wohl „Metall ist jenes . . . . . Metallstück", welches durch Verquickung der begonnenen Definition mit der naheliegenden Vorstellung an ein bestimmtes Metallstück gegeben wird. Ähnliche Beispiele bietet in durchsichtiger Weise auch der folgende Teil der Sprachprobe.

Selbstredend finden wir auch in allen diesen 12 Stichproben als Grundlage jenes charakteristische Durcheinander von Perseveration und Abspringen ohne Leitvorstellung, wie wir es von den früheren Beispielen her schon kennen.

X. Rudolf K., Katatoniker, 30 J. alt, Malergehilfe (von mir bereits l. c. obs. 4 publiziert).

Examen am 2. VI. 1903.

Frage:

1. Was wissen Sie von der Donau zu sagen?

Antwort:

„Sie entspringt in Kapstadt und verzweigt sich im Vaal-

fluss und mündet in die Schwarza nach Wien und entspringt in der Donau in Wien und entmündet wie hin; der Tugela entspringt beiseite und mündet in den Wienfluss nach Transvaal. Capilesto? mehr darf ich nimmer sagen."

Frage:

2. Was ist eine Insel?

Antwort:

„Man setzt das Rettungsboot auf das Meer und fährt auf das Meer, das ist eine Insel. Robinsoninsel, Columbus, Mailand, Combresse-Insel; sind alle 5; da ist ja ein Sturm gegangen; eine Insel entdeckt man nur bei Sturm; es sind die Rettungsbote da, wenn das Schiff kentert, so müssen sich die Leute auf dem Schiff in das Rettungsboot flüchten."

Frage:

3. Was ist ein Säugetier?

Antwort:

„Ein indisches Nilpferd, der atlantische Ozean und die Meermuschel; die Meermuschel saugt auf; es saugt jede Meermuschel die Austern."

Frage:

4. Was wissen Sie vom Leuchtgas?

Antwort:

„Stickstoff, Sauerstoff und Wasserstoff; Leuchtgas ist auch ein Leuchtturm, schön zum Ansehen, wo Schiffe verkehren, in jedem Hafen; das ist schön zu sehen, das Leuchtgas, bei Tag und Nacht zu sehen immer."

Auch in diesen vier Stichproben sehen wir so ziemlich dieselben Gesetze dem Ablaufe des Gesprochenen zu Grunde liegen wie in allen bisher angeführten Sprachproben. Im einzelnen weise ich kurz hin auf die blühenden Kontaminationen, die durch Interferenz von „Donau", „Wien" und des (konstellativ) naheliegenden „Transvaalkomplexes" entstehen; eine schöne Nachklangsverschmelzung ist „entmündet" in 1; „Capilesto" wohl verzerrt aus „Capisco". Antwort 2, 3 und 4 strotzen gleichfalls von Kontaminationen, die wohl samt und sonders in recht durchsichtiger Weise gebildet sind; besonders schön ist der Satz „eine Insel entdeckt man nur bei Sturm", der sich aus einer unlogischen Verquickung der Vorstellungen

„Seesturm — rettende Entdeckung einer Insel“ innerhalb eines Satzes erklärt, wobei die Mittelvorstellung (Rettung) in Wegfall gekommen ist (vielleicht ist das scheinbar sinnlose „nur“ ein Rudiment derselben, etwa so: im Seesturm rettet nur die Entdeckung einer schützenden Insel) und die Einzelbestandteile ganz sinnlose grammatikalische Formulierung und Kopulierung erhalten, da eben kein leitendes Moment da ist. „Es saugt jede Meermuschel die Austern“ ist wieder ein klassischer Fall, „saugt“ wohl eine Perseveration vom Frageinhalt (Säugetier). Ebenso „Leuchtgas ist auch ein Leuchtturm“, in welchem Sätzchen gerade die ausgeschliffene, aber sinnlose Kopulaanwendung die Verwirrung deutlich hervortreten lässt; u. a. ä. Auch verzeichnen wir in diesen Proben gleichfalls als „Grundmelodie“ ein regelloses Gemenge von Abspringen und Haftenbleiben.

Im ganzen habe ich an 16 Hebephrenen und Katatonikern, die sich hierzu geeignet erwiesen, Versuche zu buchen vermocht. Nur in zwei Fällen davon gelang je einmal die phonographische Fixation etwas längerer Duktus. Ich möchte nachstehend noch eine kurze Übersicht über die Versuche geben, nachdem ich oben eine Reihe derselben in extenso reproduziert habe.

Versuchsperson I (O. B.) lieferte 12 Einzelantworten. Wenig produktiv. Tendenz, oft nur kurze, sinnlose, dem erstbesten Einfall entsprechende Verbalreaktionen zu geben; oft unverständlicher Gallimathias. Zuweilen Anknüpfen an äussere Sinnesreize. Gewisse Phrasen kehren stereotyp immer wieder; soweit Reaktion in Satzform, vom Typus der in extenso reproduzierten Sprachprobe.

V.-P. II (H. J.). 20 Einzelversuche waren zu buchen; sämtlich vom Typus der reproduzierten Sprachprobe. Bemerkenswert ist die Tendenz zu sinnloser Phraseologie, die, obwohl ganz unangebracht und oft in schreiender Dissonanz zum Inhalt des Gesprochenen, mit diesem zu Sätzen kontaminiert erscheint. Gedankengang neigt zum Abspringen.

V.-P. III (Josef St.) lieferte 9 verbuchbare Reaktionen, meist kürzere Antworten; wenig produktiv.

V.-P. IV (P.). 22 Einzelversuche fixierbar; wenig produktiv; eine schöne, leicht durchsichtige Wortkontamination leistete sich der Reagent, als er ein Säugetier als ein „Ernährungsobjekt“ definierte. Die längeren Antworten entsprechen so ziemlich den in extenso reproduzierten in ihrem Aufbau.

V.-P. V (St. Ida). 17 Versuche zu buchen; wenig produktiv, diesbezüglich der V.-P. I analog; Antworten meist kurz saccadiert, dem erstbesten Einfall entsprechend.

V.-P. VI (K. W.). 6 Versuche, davon sind 4 ohnedies in extenso reproduziert.

V.-P. VII (L. H.). 14 Antworten zu buchen; nur selten etwas produktiver. Einzelne Antworten entsprechen dem Typus der zweckbestimmenden Assoziationen (Ranschburg-Balint), z. B.: Schlüssel „zum Aufsperren“, oder: Bleistift „zum Rechnen“. Eine schöne Kontamination ist es, wenn Pat. ein Quadrat als „aus 4 Teilen zusammengesetztes Figürchen“ und dann als „schwarzes Figürchen“ bezeichnet. Siehe noch die obigen Erläuterungen.

V.-P. VIII (K. H. F.). 8 längere Antworten zu fixieren, siehe näheres oben (Pat. lag nur wenige Tage auf der Klinik).

V.-P. IX (H. H.). 58 gut fixierbare Reaktionen, meist längere Duktus; eine Reihe davon sind oben genau reproduziert und kommentiert; meist längerdauernde Voziferationen vom oben beschriebenen Typus auf Stichworte oder Fragen hin. Wenn Pat. einmal eine Monarchie in seiner Antwort als ein Land definiert, in dem „verschiedene Parteien leben“, so verrät sich in dieser kurzen paralogisierenden kontaminatorischen Antwort so recht deutlich die innere Verwandtschaft zwischen einfachem Vorbeireden und der hebephrenischen Sprachverwirrtheit im weiteren Sinne.

V.-P. X (R. K.). 13 zu buchende Sprachproben; einige typische Beispiele oben reproduziert. Schöne kontaminatorisch paralogisierende Antwort: ein Säugetier ist „ein indisches Nilpferd, der atlantische Ozean und die Meermuschel“; man sieht sehr nett, wie schulmäßig benachbarte Assoziationen sich sinnlos zu einer zur Frage immerhin in assoziativer Beziehung stehenden satzartigen Antwort kontaminieren, deren Subjekt die Frage darstellt; damit koexistente Assoziationen werden

an sie in prädikativer Form angeschlossen, wobei „indisches Nilpferd“ noch für sich eine nette Verschmelzung darstellt.

V.-P. XI (Friedrich Sp., Hebephrene, 23 J. alt); 16 Antworten zu fixieren, meist kurz; unproduktiv; Antworten meist formell korrekt.

V.-P. XII (Robert G., Hebephrene, 20 J. alt); 36 Antworten gebucht; kurze formell korrekte, öfters paralogisierende Antworten; wenig produktiv.

V.-P. XIII (M. Moriz, Hebephrene, 25 J. alt). 13 längere Verbalreaktionen verzeichnet; Pat. ist stark verblödet, antwortet meist nur kurz und oft mit kaum verständlichem Gefasel; meist typisches Vorbeireden in Satzform; zwischendurch auch korrekte Antworten.

V.-P. XIV (M., Josef, Hebephrene, 25 J. alt). Sehr zahlreiche, doch fast lauter ganz kurze und karge Reaktionen, teils korrekt, teils paralogisierend; sehr deutlich ist die innige Zusammengehörigkeit mit der klassischen Kontamination zu erkennen, wenn Pat. die heil. Jungfrau als „Josef“ bezeichnet.

V.-P. XV (W., Adolf, Hebephrene, 20 J. alt). Recht verblödet, unproduktiv; ebenfalls zahlreiche, aber sehr karge Einzelantworten, meist paralogisierend; eine schöne — wohl durch Klangwirkung bedingte — antezipative Kontamination liegt in der Antwort, ein Fuss habe „zehn Zehen“.

V.-P. XVI (Sch., Marie, Hebephrene, 34 J. alt) und V.-P. XVII (Sch., Adolf, Katatoniker, 21 J. alt) lieferten je 2 etwas längere, phonographisch fixierte Duktus; typischer Wortsalat; so XVI: „. . . . . da führt mich Gott einmal in die Kirche und zuhause ist der Himmel“, oder XVII: „. . . . Ja, dös is a Phonograph und a Mörtel, ha, wer den angreift, der hat ihn g'speist . . . .“

VIII.

Werfen wir nun einen Rückblick auf die im vorigen Kapitel mitgeteilten Versuche — es sind natürlich schon aus äusseren Gründen auch hier nur einige prägnante Beispiele aus einer grösseren Versuchsreihe herausgegriffen und dabei naturgemäß vor allem solche Kranke berücksichtigt worden,

die sozusagen als produktiver und damit auch instruktiver bezeichnet werden können — und vergleichen wir sie mit den Versuchsergebnissen an normalen Individuen.

Bei der Vornahme der Versuche an Hebephrenen und Katatonikern wurde, um dem an sich meist trägen Gedankengang einen entsprechenden Anstoss zu geben, meist das Stichwort in Frageform gegeben. Dabei zeigte sich nun, dass die Antworten, die sich bezüglich ihrer Länge natürlich nicht in bestimmte gleiche Grenzen zwingen liessen, in ihrem Grundrisse aus einem regellosen Durcheinander von Ideenflucht und Perseveration bestanden. Es zeigt sich überall das Fehlen einer Obervorstellung und dementsprechend das vollkommene Fehlen des logischen Aufbaus in dem Gefüge des sprachlichen Vorstellungsablaufes. Entstehen schon dergestalt sinnlose Verschmelzungen, so werden diese Kontaminationen in ihrem Hervortreten noch viel plastischer dadurch, dass die gewohnten und stabilisierten Kopulativwendungen zwischen den einzelnen, gleichsam nur mechanisch, ohne Rücksicht auf einen leitenden Gesichtspunkt aneinandergereihten Vorstellungen vielfach eine Art grammatikalischen Zusammenhanges schaffen, der das Chaos, gerade indem er es zu verdecken sucht, umso drastischer hervortreten lässt. Wenn ich einen Vergleich brauchen darf, so könnte man etwa sagen, man habe den Eindruck, als würden einem anstatt eines fertiggestellten Gerichtes, etwa einer Torte, deren einzelne Bestandteile, aber nicht als „gastronomisches" Ganze, sondern nach rein mechanischen Prinzipien aneinandergereiht resp. durcheinandergewürfelt, nach allen Regeln der Kunst serviert werden. Man begreift den treffenden Ausdruck Forels, der von „Wortsalat" sprach. Wir konnten aber sehen, dass man solchen Wortsalat, wie er sich in Form grösserer Duktus präsentiert, analytisch in einzelne Komponenten aufzulösen vermag, deren fast jede den Charakter der Paralogie an sich trägt. Das katatonische Paralogieren auf Fragen scheint gleichsam nur ein Element zusammenhängender sprachverwirrter Duktus, die wieder ihrerseits aus Aneinanderreihung und sekundärer Kontamination einzelner Paralogien bestehen. In der Tat, das Vorbeireden

als Reaktion auf Einzelfragen lässt, wie man sich ohne weiteres überzeugen kann, ganz jene Charaktere erkennen, wie die Sprachverwirrtheit als solche. Dies lehrt wohl jeder beliebige geeignete Kasus von Dementia präcox; namentlich solche Kranke, die nicht bloss in Einzelwörtern, sondern in ganzen Sätzen paralogieren, illustrieren dies deutlich. Umgekehrt finden wir, dass innerhalb der sprachverwirrten Duktus die einzelnen Vorstellungskomplexe sich ganz unlogisch aneinanderreihen, aneinander vorbei assoziiert werden, dass wohl Beziehungen, aber oft solche ohne jeden logischen Sinn zwischen ihnen bestehen und dass sie sich untereinander sinnlos kontaminieren. Paralogie und Wortsalat der Katatoniker scheinen, aus derselben Quelle fliessend, innig miteinander verwandt, zu einander gleichsam im Verhältnisse der Subordination zu stehen. Die Paralogie repräsentiert im kleinen, umgrenzten Maßstabe, was uns in den längeren sprachverwirrten Duktus natürlich in quantitativ weit grösseren Dimensionen entgegentritt. Sie erscheint wohl meist als Antwortreaktion auf eine Frage, steht aber zu dieser in ganz demselben Verhältnis wie zu den ihr innerhalb eines längeren sprachlichen Duktus antecedierenden Vorstellungen.

Wenn wir nun aber bedenken, dass auch die normalen Versuchspersonen, wenn sie ihre sprachlichen Assoziationen ohne Beeinflussung durch die Aufmerksamkeit, durch eine gefühlsstarke Leitvorstellung ablaufen resp. laut werden liessen, Sprachproben darboten, die fast aufs Haar die gleichen Elementareigenschaften bei der Analyse darboten wie die hebephrenisch-katatonischen, so werden wir begreifen, dass es sehr plausibel erscheinen muss, auch diese letzteren als durch den Mangel an Aufmerksamkeit bedingt anzusehen, d. h. anzunehmen, dass der Verlust resp. die Lockerung der koordinatorischen Beziehungen zwischen Gemüts- und Verstandesleben Thymo- und Noopsyche, wie er bei der Dementia präcox besteht, als Grundlage dieser Sprachverwirrtheit, des Wortsalats wie des Vorbeiredens, anzusehen sei. Es bedarf gar nicht der Annahme eigener „Willensleistungen", um dies verstehen zu können. Es dürfte genügen, auf die Tatsache hinzuweisen, dass die Obervorstellung vor den anderen durch eine besondere

Mächtigkeit des Gefühlstons ausgezeichnet ist, der seine Macht aus der jeweiligen psychischen Konstellation schöpft, oder konkreter ausgedrückt, eine Vorstellung gewinnt dann ein besonderes Interesse, wenn ihr momentaner Gefühlswert den aller übrigen konkurrierenden Vorstellungen übersteigt; der Gefühlswert des Zwanges, eine Arbeit abschliessen zu müssen, vermag den Gefühlswert des Schmerzes über irgend ein persönliches Missgeschick etwa dadurch zu schlagen, dass jener durch die stark gefühlsbetonte Vorstellung bezüglich der Dauerwirkung, welche die rechtzeitige Fertigstellung der Arbeit mit sich bringt, verstärkt wird, während der entgegenstehende Vorstellungskomplex einen gleichwertigen Bundesgenossen nicht erhält; es summiert sich also auf der einen Seite der Gefühlswert gegenüber der anderen, und ich „wähle" die energische Weiterarbeit trotz des ablenkenden Seelenschmerzes, der mich durch die Konstellation der Umstände nicht so zu fesseln vermag, wie die Arbeit. Oder ich fühle mich krank, leide darunter unsäglich, zwinge mich aber gleichwohl, meinen Dienst zu versehen, denn der Gefühlswert des Pflichtgefühls übersteigt den Gefühlswert des körperlichen Leidens. Kurz, alle „freie Wahl" kann zwanglos zurückgeführt werden auf Differenzen im momentanen Gefühlswert der einzelnen Vorstellungen, ein momentanes „Interesse" an ihnen, Differenzen, die wohl rein dynamisch zu bewerten sind, und durch die jeweilige noo- und thymopsychische Gesamt-Konstellation bedingt sind. So erklärt es sich ungezwungen, dass irgend ein zufälliger Einfall oder Sinneseindruck unserem Denken und Handeln oft urplötzlich eine Wendung geben kann, sobald der Gefühlswert dadurch auf der bisher leichteren Seite eine Verstärkung erfährt; und vice-versa. Man braucht durchaus kein sog. Assoziationspsychologe zu sein, um doch zu sagen, dass es nicht nötig ist und eine unnütze Komplikation involviert, zwischen Thymo- und Noopsyche noch einen „Willen" und ein „Apperceptionsvermögen" zu zwängen. „Gewollt" werden jene Dinge, die jeweils die stärkste thymopsychische Valenz besitzen und „Aufmerksamkeit" erregen jene Vorstellungen, deren momentaner Gefühlswert den der konkurrierenden übertrifft. Ist dieses Verhältnis dauernder, so

regelt, so lange es anhält, die gefühlsstärkste, die „interessebetonte“ Obervorstellung, die Assoziation der anderen Vorstellungen, die sonach einem bestimmten Ziel zuzustreben, i. e. logisch zu sein scheinen. Lockert sich oder verschwindet das normale Zusammenspiel zwischen Thymo- und Noopsyche, so gibt es kein dauerndes „Interesse“, keine normale „Aufmerksamkeit“ mehr, all' dies wird schwankend oder hört ganz auf, die Vorstellungsinhalte gruppieren sich nur mehr nach rein noopsychischer Verwandtschaft. Es zeigt sich, dass die „logische“ Gruppierung der Vorstellung eben nichts weniger als rein „noopsychisch“ sein kann, sondern ohne Thymopsyche gar nicht denkbar ist. Verliert die Thymopsyche die Einwirkung auf das Denken, so wird dieses unlogisch; wie recht hat doch Stricker, wenn er die primäre Rolle der „Logik“ für das Zustandekommen assoziativer Neuschöpfungen leugnet und ihr eine rein sekundäre Rolle zuweist. Im eben erwähnten Falle kommt es zu einem Durcheinander von Abspringen und Haftenbleiben und es tritt die Tendenz zur Kontamination enorm stark hervor. Es ist das grosse Verdienst Meringer's und Mayer's, gezeigt zu haben, dass die Kreuzung von Vorstellungen, Vorstellungsbestandteilen und Vorstellungskomplexen zur Verschmelzung, zur Kontamination führt und dass diese wohl die Hauptquelle des physiologischen „Versprechens“ abgibt; es ist nun bekannt, wie gerade dieses so recht durch Fehlen bezw. Ablenkung der Aufmerksamkeit von dem Gesprochenen hervortritt. Kein Wunder, wenn jene ganz enorme Dimensionen dort annimmt, wo eine Aufmerksamkeitsausschaltung oder ein krankhafter Defekt derselben vorliegt. Wir konnten dergestalt bei den Versuchen an Normalen (auf die, wie mir scheint, nicht uninteressanten mehr „konfabulierenden“ und mehr „perseverierenden“ Assoziationstypen sei hier noch hingewiesen!) ebenso wie in den Sprachproben der Dementia prcox-Kranken zahllose Kontaminationen nachweisen. Sie gewinnen, wie bemerkt, durch das alt eingeschliffene Persistieren kopulativer grammatikalischer und pseudogrammatikalischer Wendungen ein grelleres Kolorit. Wir haben in all' diesen Dingen auch eine Quelle der so häufig

interkurrierenden sinnlosen Phraseologie und gewisser Wortneubildungen kennen gelernt.

Ich glaube gezeigt zu haben, dass die Versuche an Normalen, verglichen mit denen an Kranken, manches zur Klärung und zum Verständnisse der Sprachverwirrtheit, der Paralogie sowohl wie des Wortsalates sensu strictiori, bei der Dementia praecox beizutragen imstande sind. Ich möchte an dieser Stelle noch versuchen, einen weiteren Ausblick anzubahnen. Bekanntlich nimmt Kraepelin an, dass bei der hebephrenisch-katatonischen Sprachverwirrtheit als Grundstörung eine Art Loslösung des sprachlichen Ausdrucks vom Vorstellungsleben vorliege. Ich glaube nun, dass diese Annahme Kraepelins sich mit den Ergebnissen meiner Untersuchungen vielleicht einigermaßen in Einklang bringen lässt. Wenngleich unser sprachliches Vorstellungsleben nur ein Teil unseres Vorstellens überhaupt ist, hat es doch sicherlich, wie bereits bemerkt, ein gewisses Maß von Autonomie. Es wird uns daher nicht Wunder nehmen, wenn bei gestörter psychischer Koordination auch die sprachliche Sphäre eventuell nicht koordiniert mit der übrigen Psyche arbeitet. Wir werden es vielleicht plausibel finden, dass gerade die Möglichkeit der Bildung intensiv gefühlsbetonter Obervorstellungen die Gewähr für die volle Synergie des spezifisch sprachlichen Vorstellungslebens in seinem motorischen und optisch-akustischen Anteil (Wort- und Letternbilder und -Klänge!) mit dem übrigen Vorstellungsleben bietet. Ist die Bildung von Obervorstellungen aus Gründen pathologischer resp. experimenteller Natur behindert oder sonst irgendwie beeinträchtigt, so kommt es zum funktionellen Auseinanderweichen ganz parallel damit, geradeso wie auf dem Gesamtgebiete der Psychomotilität; dergleichen sehen wir bei der physiologischen „Zerstreutheit"; in den krassesten und bizarrsten Dimensionen aber eben bei der Dementia präcox, wie ich an anderer Stelle bereits auseinanderzusetzen mir erlaubte, wo ich ja gerade auf diese Loslösung der psychomotorischen Funktionen vom übrigen psychischen Leben hinwies. Gleichzeitig aber gab ich damals der Anschauung Ausdruck (siehe l. c.), dass das gestörte Zusammenspiel der beiden psychischen Sphären resp. das Fehlen gefühlsmäßiger Einflüsse auch die

Form der psychomotorischen Entäusserungen, der Zweckbewegungen wie der Ausdrucksbewegungen (implizite also auch der Sprache) alterieren müsse, die ja zu ihrer Regulation der psychischen Koordination bedürfen. Insofern also scheinen mir, auf den vorliegenden konkreten Fall angewandt, die hier beschriebenen formalen Störungen auf sprachlichem Gebiete quasi als Indikatoren einen Rückschluss in dem Sinne zu gestatten, dass innerhalb des psychischen Gesamtlebens eine Loslösung der einzelnen grossen funktionellen Einheiten von einander statthat. In dem Sinne scheint mir auch das starke Hervortreten besonders sprachlich-motorischer Assoziationen bei der experimentell durch Aufmerksamkeitsablenkung hervorgerufenen Sprachverwirrtheit zu zeugen.

IX.

Was die Sprachverwirrtheit bei den übrigen Formen psychischer Störung anbetrifft, so möchte ich diesbezüglich etwas summarischer verfahren und nur der Paranoia am Schlusse eine etwas ausführlichere Besprechung zu Teil werden lassen.

Sich spezieller mit der manischen Ideenflucht zu befassen, hiesse nach der grundlegenden Arbeit Liepmann's offene Türen einrennen. Ich will rückhaltslos bekennen, dass wir meiner besch. Überzeugung nach zur Zeit keinen besseren Modus für das Verständnis der manischen Ideenflucht besitzen, als den (wie ich glaube, noch nicht befriedigend widerlegten), von Liepmann angegebenen, für den die Störung wesentlich auf einen raschen Wechsel der einzelnen aufmerksamkeitsbetonten Vorstellungen zurückgeht. Und es ist ja die Sprachverwirrtheit beim Maniakus eine getreue Projektion seiner assoziativen Störung überhaupt nach aussen. Freilich, und das möchte ich betonen, geht es m. b. E. nicht an, die Ideenflucht bei der Manie schlechtweg zu homologisieren mit der Ideenflucht bei andersartigen Psychosen: Ideenflucht im allgemeinsten Sinne des Wortes ist ein sehr vieldeutiges Symptom, wenn wir darunter nur das mehr minder hochgradige Abspringen der Assoziationen resp. der Wortfolge schlechtweg verstehen.

In diesem Sinne kann, ja muss es geradezu zur „Ideenflucht" kommen, wann immer eine Störung der Aufmerksamkeit besteht, gleichgiltig, welcher Art dieselbe ist, gleichgiltig, ob es sich um Hemmung, um Labilität oder um Fehlen derselben handle, und selbst bei intellektuellem Ausfall kann es dazu kommen; der äussere Effekt wird immer der gleiche sein, dass die Vorstellungen nicht in rein logischer Folge laut werden, sondern nach rein äusseren assoziativen Gesichtspunkten sich aneinanderreihen, nach äusserer oder sonstiger Verwandtschaft oder nach sonstigen wesentlich noopsychischen Grundsätzen, und damit ist die Möglichkeit gegeben, dass ganze Wortreihen oder Teile solcher eine „ideenflüchtige" Aussenseite an sich tragen. Das wesentliche unterscheidende Merkmal zwischen diesen verschiedenen Formen von „Ideenflucht" liegt in dem Verhältnisse thymopsychischer Faktoren zu dem Vorstellungsablaufe nach Qualität und Intensität. Bei der manischen Ideenflucht besteht nun ein ganz intensives Interesse, eine ganz intensive Gefühlsbetonung bezüglich einzelner Vorstellungen, aber dieser präponderierende Gefühlston wandert dermaßen rasch von Vorstellung zu Vorstellung, ja von Sinneseindruck zu Sinneseindruck, dass kaum eine unter den auch de norma stets um die Bewusstseinschwelle sich drängenden Vorstellungen die andere in dem „Kampfe um die Macht als Obervorstellung" dauernd zu verdrängen vermag; jede erhält den „Purpur", um ihn ebenso rasch wieder zu verlieren. Nicht das Fehlen der jeweiligen thymopsychischen Hauptbetonung einzelner Vorstellungen, sondern der rasche Wechsel dieser Vorzugsstellung bedingt die echt manische Ideenflucht. Wir sahen ja auch eine Art „Ideenflucht" in den Sprachproben der Dementia praecox-Kranken, aber hier stets untermischt mit Perseveration und Kontaminationen: hier hat die Thymopsyche die Fühlung oder zumindest den koordinierten, beständigen Kontakt mit der Noopsyche verloren und letztere wird relativ autonom, wie ich anderwärts auszuführen mich bemühte. Es wird uns aber auch nicht Wunder nehmen, wenn wir „Ideenflucht" im allgemeinsten Sinne auch registrieren, wo veritable psychische Schwächezustände vorliegen; auch in diesem Falle wird ja, aus Gründen ganz anderer Natur, die Bildung von Obervor-

stellungen gestört resp. unmöglich sein; was Wunder, wenn der Gedankengang dann eben leicht „abspringt“, ohne dass dies durch Abspringen des Interesses bedingt wäre. Das sehen wir bei der progressiven Paralyse, bei der epileptischen Demenz, bei epileptischen Psychosen (Heilbronner), bei gewissen Alkoholpsychosen, auch zuweilen beim Korsakoff. Freilich, auch da werden wir kaum je die Züge des Haftenbleibens, der Perseveration vermissen, die zwischendurch interkurrieren; denn auch sie treten bekanntlich bei psychischen Schwächezuständen aller Art hervor. So disparat Abspringen und Haftenbleiben zu sein scheinen, so sehr fussen beide auf derselben Grundlage psychischer Defektuosität; es scheint plausibel, dass die Perseverationstendenz über das Abspringen umsomehr überwiegt, je grösser die Verarmung an noopsychischen Inhalten wird; denn wie schon anderwärts erwähnt, scheint das Perseverieren sich am ungezwungensten als eine Art Vakuumerscheinung zu erklären, indem in irgendwelche Lücken im Vorstellungsablauf hinein — Lücken, die bei assoziativer Verarmung natürlich besonders gross werden müssen — eine der früheren Vorstellungen nachklingt. Wissen wir ja doch, dass jede lautgewordene Vorstellung durch einige Zeit hindurch noch eine gewisse erhöhte Bereitschaft zum Wiederanklingen auch de norma besitzt; v. Sölder hat darum seinerzeit direkt von einer Art „Nachbild“ gesprochen; man kann die Stichhaltigkeit dieses Ausdruckes mit Heilbronner bestreiten, dem Sinne nach aber dürfte er ziemlich das Richtige getroffen haben; wenn man will, kann man sich auch des von O. Gross vorgeschlagenen Ausdrucks „Sekundärfunktion“ bedienen; an dem Begriffe selber ändern ja diese terminologischen Verschiedenheiten nichts. Aber ich glaube, dass die hier propagierte Anschauung uns doch vielleicht ein wenig die Tatsache erklären hilft, warum Abspringen und Perseveration in gleicher Weise Ausfluss psychischer Schwäche sein und miteinander konkurrieren, sich untereinander mischen können.

Wir haben gesehen, dass bei der Dementia praecox noch die Kontaminationstendenz interkurriert, und dass gerade infolge dieser jene eigenartigen, unter bestimmten Umständen auch von Normalen produzierten sprachlichen Produkte ihre

charakteristische Färbung erhalten, die wir als Paralogie und Wortsalat zu bezeichnen gewohnt sind. Wir haben gesehen, dass dies eine seiner Grundlagen darin findet, dass bei der Dementia praecox ebenso wie beim Normalen die Tendenz zu der gewohnten grammatikalischen Einkleidung des Gesprochenen besteht. Nun erfordert ja gerade das Sprechen in grammatikalischer Satzform ein gewisses Maß zumindest noopsychischer Kohärenz, da ja nicht einzelne Vorstellungen, sondern ganze Komplexe solcher, freilich recht ausgeschliffene Komplexe laut werden müssen. Es besteht nun bei den zu Sprachverwirrtheit führenden groben organischen psychischen Defektzuständen gewöhnlich eine so hochgradige Kohärenzstörung, dass schon der Aufbau von Sätzen als solcher leidet. Ich erinnere an das „Abreissen" bei Epileptikern und die Mühe, die der Aufbau einer Satzkonstruktion kostet. Ich sage aber ausdrücklich, dass dies nicht immer der Fall sein müsse, und ich kann mir nicht nur im Prinzipe die Vorstellung machen, sondern habe es in solchen Fällen selber schon erlebt, besonders bei Epileptikern und bei Paralytikern, dass sie den blühendsten Wortsalat, die blühendsten Kontaminationen produzieren. Es wird nach dem früher Gesagten wohl nicht schwer halten, solche Vorkommnisse zu verstehen.

Auch bei senil Dementen, wo ja wieder so gewöhnlich die allgemeinen Redefloskeln länger über den Schiffbruch hinaus zu persistieren vermögen als die konkreten Sprachvorstellungen, kann es unter Umständen zu Paralogie und Wortsalatbildung kommen. Indess ermöglichen hier gewöhnlich die schweren Auffassungsstörungen sowie die aphasischen Komponenten eine Abgrenzung gegenüber anderen Formen.

Vielleicht aber werden wir es jetzt auch verstehen, warum hysterische Dämmerzustände mit ihrer schweren Störung der Aufmerksamkeit ohne grob-organischen Ausfall unter Umständen Paralogie darbieten können. Wir müssen uns nur immer gegenwärtig halten, dass das Vorbeireden nichts als Sprachverwirrtheit in kleinerem Maßstabe ist und dass die paralogisierende Einzelantwort eine Ergänzung zur gestellten Einzelfrage darstellt. Im Zusammenhalte mit dieser enthüllen sich dann meist drastisch die Charaktere des Wortsalats, wie er

oben umschrieben wurde; naturgemäß umso plastischer, je länger die paralogisierende Antwort ausfällt; unter Umständen ist es ja dann erst gar nicht nötig, die Antwort durch die Frage erst zu ergänzen, da schon innerhalb ersterer das blühendste Durcheinander von Abspringen, Haftenbleiben und Kontamination sich manifestiert. All dies zuletzt Gesagte wird vielleicht durch die oben beigebrachten hebephrenisch-katatonischen Sprachproben verdeutlicht.

Bei den Psychosen der Amentiagruppe finden wir gleichfalls eine Art Sprachverwirrtheit. Sie ist bedingt durch die zugrunde liegende primäre Kohärenzstörung, die ich anderwärts als „ataktische Inkohärenz" bezeichnet habe. In den leichten Graden führt sie nur zum einfachen Abspringen, zur Unmöglichkeit des längeren Festhaltens einer sprachlichen Vorstellungsreihe; zumeist aber bewegt sich das Sprechen dieser Kranken in mehr minder unzusammenhängenden Anakoluthen, die noch dazu sehr gewöhnlich durch längere Pausen voneinander getrennt zu sein pflegen. Zur Kontamination kommt es infolge des Abreissens der noch dazu meist durch solche Zeitintervalle getrennten Einzelassoziationen kaum je, häufiger zu einzelnen Perseverationen. Die Diktion dieser Kranken hat in den klassischen Fällen etwas ungemein Charakteristisches.

Ich will auf diese Störungsformen indess hier in extenso nicht eingehen. Einzelne Paradigmata für all dies finden sich übrigens in der Schrift von Liebmann und Edel; zu bedauern ist nur, dass in manchen der diagnostischen Angaben dieser Autoren ein gewisses Maß von Kritiklosigkeit nicht zu verkennen ist.

Zudem handelt es sich ja da um Fragekomplexe, die, wie bereits oben bemerkt, von anderer und grossenteils berufenerer Seite schon gründlich erörtert worden sind, so dass es hier klärender Bemerkungen nicht mehr in jenem Maße bedarf. Dass jene Formen von Diktionsstörung, die durch groborganische Läsionen gesetzt werden und die aphasischen Charakter nicht verkennen lassen, und solche, wie sie sekundär bei Affektpsychosen unter dem Einflusse starker Gemütserregungen zustande kommen, nicht in den Rahmen der vorliegenden kleinen

Abhandlung gehören, ist wohl überflüssig, hier nochmals zu betonen.

X.

Hingegen sei es mir am Schlusse noch gestattet, auf die Sprachverwirrtheit bei der chronischen Verrücktheit, der Paranoia im strengeren Sinne, etwas mehr in extenso einzugehen. Es ist da wohl zunächst notwendig, sein Kredo in dieser so viel umstrittenen Frage zu bekennen, das heisst, ich muss wohl zunächst zu umgrenzen suchen, was hier gemäß der bei uns gangbaren Anschauungen als Paranoia gilt; ich kann mich diesbezüglich kurz fassen, da ich nur zu rekapitulieren brauche, was ich bereits anderwärts hierüber auszuführen mir erlaubte. Wir können Kraepelin nicht soweit folgen, dass wir das Délire chronique schlechtweg, dass wir ferner alle, oder doch die meisten Fälle mit zahlreichen und das Gebiet der Gemeinempfindungen betreffenden Halluzinationen und jene mit weitverzweigtem, auch das Bewusstsein der Persönlichkeit event. nicht intakt lassendem System der Dementia praecox subsummieren. Andrerseits wiederum können wir, nach unserer Erfahrung wenigstens, eine „akute“ Paranoia nicht verifizieren: Wir waren bisher nicht in der Lage, solche Fälle zu beobachten. Wir sind gewohnt, als Paranoia Fälle zu bezeichnen, bei denen sich in chronischem Verlaufe, meist unter Interkurrenz von Sinnestäuschungen, ein unverrückbares System von Wahnideen entwickelt, ohne dass es — interkurrente Phasen in wenigen Fällen abgesehen — zu Luziditätsstörung und Verwirrtheit, ohne dass es, selbst bei bereits weitgediehenem Zerfall des Systems, zu Gemütsverblödung käme.

Man findet nun bei solchen Paranoikern, speziell im Terminalstadium, in dem es bereits zu mehr minder grosser Zerfahrenheit der Wahnideen gekommen zu sein pflegt, nicht selten eine ganz eigenartige Form von Sprachverwirrtheit, auf die ich hier noch etwas eingehen möchte. Ihrem äusseren Aspekt nach hören sich längere Redeergüsse solcher Kranker, zumal wenn sie sich im Kreise der im Vordergrunde ihres Interesses stehenden Wahnideen und allem, was damit zu-

sammenhängt, bewegen, nicht selten wie ideenflüchtiges oder — in höheren Graden — wie inkohärentes Voziferieren an; zumal dann, wenn die Kranken, wie ja in solchem Falle sehr gewöhnlich, gleichzeitig ein erhebliches Maß affektiver Erregung zeigen. Es ist im Falle solcher nicht so ganz ungewöhnlicher Koinzidenz manchem Anfänger nicht zu verdenken, wenn er das Bild missdeutet und an dem Zustandsbilde einen manischen Zug entdecken will. Es ist übrigens aber auch genugsam bekannt, dass bei Kranken dieser Art mehrfach in der Literatur Episoden von Ideenflucht und Inkohärenz beschrieben worden sind.

Man wird dies, schon mit Rücksicht auf das Gewicht der Namen einzelner Autoren, nicht gerne schlankweg anzweifeln wollen. Aber ich möchte doch glauben, dass es sich in manchen dieser Fälle mehr um eine Art „Pseudoideenflucht" und „Pseudoinkohärenz" handelt. Ich würde aber andererseits auch beantragen, diese paranoische Sprachverwirrtheit von der katatonischen, mit der sie vielfach zusammengeworfen wird, abzugrenzen und würde glauben, dass sich eine solche Abgrenzung — ganz abgesehen von dem Fehlen gemütlicher Verblödung resp. affektiver Inkongruenz bei der Paranoia zum Unterschiede von „paranoid" gefärbten Bildern bei der Dementia praecox — auch formell durchführen lässt.

Hört man also längeren Standreden solcher Kranker zu, dann gewinnt man im ersten Momente den Eindruck, als kämen sie gleich Manischen vom Zehnten ins Hundertste oder als risse gar gleichwie bei Amenten ihr Gedankenfaden immer wieder ab, um an einer ganz heterogenen Stelle einzusetzen. Und doch ist dem nicht so! Weder lässt sich eine Obervorstellung vermissen, noch ist sie in beständigem Wechsel, sondern es zeigt sich ein ganz eigenartiges Verhalten bei solchen Kranken, deren weit ausgreifendes System schier jede Vorstellung, schier jeden Sinneseindruck, der ihnen unterkommt, ohne Rücksicht auf Dignität und Kohärenz sich einzuordnen strebt und zuweilen mit einer ganz exorbitanten Schnelligkeit: Es kommt dann dazu, dass die „überwertige Vorstellung" als Obervorstellung eines längeren Duktus von Anfang bis zu Ende ersichtlich dominierend bleibt; dass aber unter ihrer Oberherr-

schaft die einzelnen subalternen Leitvorstellungen zweiter und dritter Ordnung — wenn dieser, wie ich glaube, für längere Gedankengänge wohl anwendbare Ausdruck erlaubt ist — einander entsprechend der Geschwindigkeit, mit der die einzelnen Einfälle und Eindrücke einander ablösen, dermaßen drängen, dass sie im sprachlichen Ausdruck nach Art der Ideenflucht oder selbst der Inkohärenz in scheinbar anakoluther Form aneinandergereiht scheinen, als bestünde zwischen ihnen keinerlei Zusammenhang. Ein solcher ergibt sich aber sogleich, wenn man nur berücksichtigt, dass alle unter der Herrschaft einer obersten Leitvorstellung stehen, von der sie, wenn auch untereinander wenig folgerichtig verbunden und selbst disparat, gelenkt und gruppiert werden: Sie korrespondieren untereinander nicht direkt, sondern auf dem Umwege über eine zentrale, „überwertige“ Vorstellung. Man wäre fast versucht, ein geometrisches Bild zu gebrauchen: Der normale logische Zusammenhang schreitet gleichsam longitudinal und kontinuierlich fort, die Obervorstellung erscheint darum so oft bildlich als „Ausgangs-“ oder „Zielvorstellung“ gedacht; der paralogische Duktus aber scheint von einem Zentralpunkte aus bald längs dieser, bald längs jener Radiallinie hinzuzielen, und nicht einmal immer längs assoziativ benachbarter; die einzelnen Zielpunkte ergeben, untereinander verbunden, etwa eine Kreislinie, in deren Zentrum die „überwertige“ Vorstellung steht.

Besser aber als solche anthropomorphistische Vergleiche werden vielleicht einige hier mitzuteilende Sprachproben das Gesagte zu illustrieren imstande sein. Ich bringe als Paradigma zwei Sprachproben, die erste phonographisch, die zweite stenographisch aufgenommen, von einer alten, seit einigen Jahren erkrankten Paranoica mit typischem Délire chronique. die, um das Klimakterium erkrankt, in der Anstalt transformierte und nun schon seit einigen Jahren ein weitausgreifendes, schon recht schwer verständliches System von Verfolgungs-, Beziehungs- und Grössenideen darbietet; einerseits bestehen, wohl unter dem Einflusse zahlreicher Halluzinationen, Vergiftungs- und sonstige körperliche Beeinträchtigungsideen; andrerseits erklärt sie sich als die „Frau vom Hause“ und deduziert dies aus schier allem und jedem, was ihrem geistigen Horizonte

sich einfügt. Von Gemütsverblödung ist trotz jahrelangen Bestehens der Psychose keine Spur, das Affektleben stets adäquat, die Affektausbrüche sind oft ganz gewaltig. Ich bemerke noch, dass die Kranke, Tschechin von Geburt, auch jetzt noch das Deutsche mit deutlichem tschechischem Akzent und Tonfall spricht.

Sprachprobe, phonographisch aufgenommen am 26. XI. 1904, 10 Uhr vorm. Thema: Die Kranke soll die Berechtigung ihrer Annahme, dass sie die „Hausherrin“ hier sei, zu begründen suchen (2 Minuten Redezeit).

„Also erstens, sprich' ich, sag' ich, jeden Türnumero, so wie sie auf jedem Trakt ist; 116, sag' ich, bin ich heute ruiniert geworden von rückwärts in der Trakt von der S.-(Name einer Mitkranken) Luder, von wo das gegangen ist, von sämtlichen so bekannten Stimmen, sag ich, wo es sind, oder Apparaten oder Telephonen, da weiss ich nicht, was ist, am ganzen Körper; dann ward ich auf 13, sag' ich, von einem die derartige Kranke, die braucht nicht eben wie nur den Landesgericht, sag ich, damit sie weiss, gewisse F . . . ., F . . . ., die braucht' nichts als wie, braucht, wie dass ihn nicht als Mann zu bedienen, Kopf und Gehirn und die Hände und die Füsse, alles; ich bin ja die Frau, die 121 Flammen und geht man nur, nur nur mit 9 hinein; und 122 geht man nur mit 9 herein; zu der Frau Burghart — mit 120 — geht man mit 11 herein, den 11. Monat zu zeigen, denn, denn 119 geht man nur den 8. oder den 10. Christi Himmelfahrt, ist 119, sein überall im ganzen Haus andere Mädeln; auf 124 geht man hinein zu heilige Dreifaltigkeit in der Kirche, 4. geht man 123, sag' ich, geht man ebenfalls, sag' ich, eini' zum heiligen Sakramentaltare, Bussaltare, was is' denn da herin, von jedem Zimmer, von jedem Trakt, durch die Uhr, durch was denn die Repetieruhr, oder durch was wird man da ruiniert? Ich bin in der Früh', sag' ich, konnte ich mir meinen Leib nicht anrühren, im ganzen Leiben; wohnen Sie in Katalatschen oder wohnen Sie in Parawatschen hier? Denn ich wollte wissen, sag' ich, ich musste mir nicht alles so

ruinieren lassen, meinen ganzen Körper, denn Falles hier in Dorfstetter oder in bester Pflege bin, musste ich mich von keinen Dienstmensch hier nicht für einen Narren halten lassen oder vielleicht gar aufhussen, eine Husserei, sag' ich, von anderen . . . . ." (Versuchsschluss).

Man muss natürlich von den zahllosen Slavismen vorerst absehen. Aber auch dann noch scheint sich ein scheinbar krauses, inkohärentes Gefasel zu ergeben. Sieht man aber näher zu, so zeigt sich, dass die Patientin ganz konsequent „Beweis" auf „Beweis" für die Realität ihrer Wahnidee beizubringen sucht; aus den Nummernbezeichnungen hier in der Anstalt, den Namen von Pflegerinnen, irgendwelchen Erlebnissen, die an sich wieder wahnhaft missdeutet erscheinen u. a. ä. Dingen, die scheinbar inkohärent aneinandergereiht und in paranoische Beziehung zu Vorfällen, Einrichtungen und Personen in der Anstalt gebracht werden, wird dies herausdeduziert; zwischendurch schimpft sie weidlich über die ihr hier zugefügten, natürlich halluzinierten körperlichen „Beschädigungen" u. ä. und meint am Schlusse drohend, sie (scil. als „Hausfrau") brauche sich all' diese vermeintlichen Invektiven nicht bieten zu lassen. All' diese Disjekta membra werden von der einen überwertigen Idee aus („ich ersehe aus alledem, dass ich die Hausherrin bin") gelenkt und finden in ihr das leitende Moment.

In kleinerem Ausmaße bietet dasselbe Verhalten eine das gleiche Thema mit den gleichen Motiven behandelnde stenographisch aufgenommene kurze Sprachprobe von derselben Pat. dar, die ich aus meiner Sammlung hier reproduzieren will:

„Also, Herr Doktor, ich habe Ihnen gesagt, ich habe mir vor 40 Jahren zwei Bücher gekauft, und diese Bücher haben Numero vierzehn gehabt, wie auch meine Wohnung und dieses Haus hat auch Numero vierzehn, nicht wahr? Die Farbe ist auch nicht die Folge, es ist nur alles so zusammengestellt; die Leute tun alles aufrechnen, auf meinen Namen, und hier auf (Abteilung) 12 sind $2 \times 11 = 22$, und so haben sie mich immer erst angeblickt, und Hansel (Sohn der Pat.) ist auch

zusammengestellt von meinen Kleidern und alles von mir eingeteilt."

Auch hier dieselbe verschrobene, nur aus den weitreichenden Beziehungsideen verständliche Diktionsreihe. Aber es fehlen (abgesehen von den Slavismen natürlich) Kontaminationen und paralogisierende Konstruktionen überhaupt.

Ganz ähnliche Proben kann man auch in anderen Fällen erhalten. Freilich, instruktive derartige Kasus scheinen nicht gerade sehr häufig. Meist ist — wie schon fast auch in dem obigen Falle — die von zahlreichen Neologismen durchspickte Diktion solcher Kranker, wie ich bereits anderwärts erwähnte, dermaßen schwerverständlich, dass eine Deutung derselben nur dem mit dem System der Kranken ganz vertrauten Arzte halbwegs gelingen kann. Ich glaube aber, dass selbst manche Formen sog. Paraphrasie der Paranoiker in letzter Linie auf solche Pseudoideenflucht und Pseudoinkohärenz als Grundstörung zurückzuführen sind.

XI.

Es lag nicht im Rahmen dieser kleinen Abhandlung, eine erschöpfende Monographie über das ganze, grosse Kapitel der Sprachverwirrtheit zu bieten. Schon räumliche Rücksichten erheischen diesbezüglich das Einhalten einer gewissen Beschränkung. Und so konnte auch nur auf die interessanteren Hauptpunkte etwas breiter eingegangen werden, speziell auf das Verhalten Gesunder und Katatoniker, nebst einem kürzeren Hinweis auf die anderen Formen, speziell die bei Paranoikern.

Wenn ich gleichwohl hoffe, dass die voranstehenden Ausführungen vielleicht den Kern zu mancherlei Anregung in sich enthalten, so glaube ich mich hierzu namentlich darum berechtigt, weil das Thema der vorliegenden kleinen Arbeit zu jenen Gebieten unserer Disziplin zählt, die noch wenig beackert scheinen. Und doch birgt es in seinen Grenzen den

Keim zu einer ganzen Reihe interessanter Probleme und Kontroversen! Vielleicht werden dann berufenere Kräfte in der Folge dazu bewogen, dem scheinbar abseits gelegenen Kapitel der Sprachverwirrtheit ihre Aufmerksamkeit zu widmen, und vielleicht erleben wir dann einmal ein Korrelat zu der schönen Arbeit von Meringer und Mayer auf dem Gebiete der Psychopathologie.

Literatur.

Nachstehend gebe ich zum Schlusse noch ein kurzes Verzeichnis der im Laufe dieser Ausführungen hauptsächlich zitierten und sonst noch wesentlich benutzten Arbeiten:

Wundt, Physiolog. Psychologie, Leipzig, 1903.
Ziehen, Physiolog. Psychologie, Jena, 1902.
" Über Störungen im Vorstellungs - Ablauf bei Paranoia. — Archiv f. Psychiatr., Bd. 24.
Sommer, Psychopatholog. Untersuchungsmethoden, Berlin-Wien, 1901.
Aschaffenburg, Experiment. Studien über Assoziationen. — Psycholog. Arbeiten, hg. von Kraepelin, Bd. I, II, IV.
Kraepelin, Psychiatrie, Leipzig, 1903/04. — Über Sprachverwirrtheit. — Archiv f. Psychiatrie, Bd. 26.
Meringer und Mayer, Versprechen und Verlesen etc. — Stuttgart, 1895.
Liepmann, Über Ideenflucht etc. — Halle 1904.
Stricker, Studien über die Sprachvorstellungen. — Wien, 1880.
" Studien über die Assoziation der Vorstellungen. — Wien, 1883.
Freud, Z. Psychopath. d. Alltagslebens etc. — Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. X.
Storch, Muskelfunktion und Bewusstsein. — Wiesbaden, 1901. Mon.-Schr. f. Psych. und Neur., Bd. 11.
Jung und Riklin, Diagnostische Assoziationsstudien (mit einem Vorwort von Bleuler). — Journal f. Psychologie und Neurologie, Bd. III und IV.
Bleuler, Die negative Suggestibilität. — Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift, 1904.
Heilbronner, Über epileptische Manie, etc. — Monatsschrift für Psychiatr. u. Neurol., Bd. XIII.
Neisser, Ueber d. Symptom d. Verbigeration. — Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 46.

O. Gross, Die cerebrale Sekundärfunktion. — Leipzig, 1902.
„ Über Bewusstseinszerfall. — Monatsschr. f. Psychiatr. und Neurolog., Bd. XV.
v. Sölder, Über Perseveration etc. — Jahrbücher f. Psychiatr., Bd. 18.
Liebmann und Edel, Die Sprache der Geisteskranken. — Halle, 1903.
Gilbert Ballet, Die innerliche Sprache (Deutsch von Bongers.) — Leipzig und Wien, 1890.

Endlich sei mir gestattet, auf einige im Verlaufe dieser Studie zitierte Arbeiten von mir (vergl. Jahrbücher für Psychiatrie, Bd. 24, Zentralb. für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1904, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XIII, Journal für Psycholog. und Neurolog., Bd. IV ff.) zu verweisen.

Über Idiotie

Referat,
erstattet auf der Jahresversammlung des Deutschen
Vereins für Psychiatrie, Dresden, 28. April 1905

von

Professor Dr. phil. et med. **W. Weygandt**
Würzburg



Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold
1906

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von
Direktor Dr. med. Konrad Alt,
Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Ärztes
unter ständiger Mitwirkung
der Herren Prof. Dr. Anton in Graz, Prof. Dr. Aschaffenburg in Halle, Geh. Rat Dr. Binswanger in Jena, Prof. Dr. Bruns in Hannover, Prof. Dr. Cramer in Göttingen, Hofrat Prof. Dr. Fürstner in Strassburg, Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Prof. und Direktor Dr. Kirchhoff in Neustadt (Holstein), Medizinalrat Dr. Krömer in Conradstein, Nervenarzt Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Medizinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Dr. P. J. Möbius in Leipzig, Med.-Rat Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöss in Kierling-Gugging b. Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Greifswald, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Rat Dr. von Strümpell in Breslau, Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Sanitätsrat Dr. Wildermuth in Stuttgart, Prof. Dr. Windscheid in Leipzig, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh.-Rat Dr. Ziehen in Halle a. S.

herausgegeben von

Professor Dr. A. Hoche,
Freiburg i. Br.

Band VI, Heft 6/7.

Unter den mannigfachen Referatthemen der Jahresversammlungen des Vereins deutscher Irrenärzte ist seit geraumen Jahren die Idiotie nicht mehr vertreten gewesen. Seit jener Zeit sind unsere theoretischen Kenntnisse vom Wesen der verschiedenen Geisteskrankheiten vorgeschritten und auch auf praktischem Gebiete, im Bereiche der Fürsorge hat sich manches geändert. Freilich ist die Erforschung der Idiotie heute noch im lebhaften Fluss begriffen und hinsichtlich der Idiotenfürsorge mussten sich bisher die Erwartungen der Irrenärzte noch auf die Zukunft vertrösten lassen. Aber doch erscheint es nicht unzeitgemäß, wenn sich die Versammlung jetzt diesen Fragen zuwendet, um ihre nicht immer hinreichend berücksichtigte Stimme wieder zur Geltung zu bringen und bei dem rüstig vorwärts schreitenden Ausbau der Irrenfürsorge nichts zu versäumen hinsichtlich der Fürsorge einer wichtigen Gruppe geistig Abnormer, der idiotischen Kinder. Um so eher können wir uns, ungeachtet der vielen schwebenden Fragen theoretischen Charakters, hier über Idiotie unterhalten, als wenigstens die mannigfachen Verschiedenheiten der Richtungen, die eine Verständigung hinsichtlich klinisch-psychiatrischer Fragen heutzutage so sehr erschweren, gerade auf diesem Gebiete der Idiotie keine Rolle spielen. Vor allem jetzt, wo die Einführung der Psychiatrie als Pflichtgegenstand des medizinischen Studiums und als Examensfach vor der Türe steht, ist es angebracht, wieder mit Nachdruck zu betonen, dass auch die Idiotie zu der Psychiatrie gehört, so gut wie Paralyse oder wie Epilepsie.

Selbstverständlich kann in der hier zugemessenen Redezeit keine Gesamtdarstellung der Idiotie gegeben werden, sondern das Thema muss sich nach einer Richtung hin konzentrieren. Es

entspricht den Intentionen unseres verehrl. Vorstandes, dass ich hier vor allem die Forderungen zum Ausdruck zu bringen versuche, die vom ärztlichen Standpunkt an die Idiotenfürsorge gestellt werden. Ich habe demzufolge auch einen Teil meiner speziellen Vorstudien derartig angelegt, dass ich die namhaftesten Fürsorgeeinrichtungen für Idioten aus eigener Anschauung kennen zu lernen bestrebt war. So besuchte ich eine grössere Anzahl deutscher Anstalten für Idioten und Schwachsinnige, sowie auch Hilfsschuleinrichtungen, und weiterhin habe ich die wichtigsten Stätten der Fürsorge für Idioten und abnorme Kinder im Auslande, vor allem in Frankreich und England sowie in Österreich aufgesucht. Für die freundliche Aufnahme bei meinen Besuchen bin ich zu aufrichtigem Dank verpflichtet.

Ich werde in dem folgenden daher die klinischen und psychologischen Auseinandersetzungen so kurz wie möglich halten und berühre die speziellen Fragen der Behandlung nur in ihren Grundzügen und soweit, als sie von prinzipieller Bedeutung sind. Von vornherein verzichte ich auch auf eine Erörterung der Frage der moral insanity, der moralischen Idiotie oder des moralischen Schwachsinns, schon deshalb, weil es dabei im wesentlichen sich um die Stufe der Imbecillität, nicht um die tieferen Grade des kindlichen Blödsinns, um die eigentliche Idiotie handelt, die man ja gerade als extrasozial den erethischen, erregten Imbecillen gegenübergestellt hat, die als antisozial das Hauptkontingent zum sog. moralischen Schwachsinn stellen.

Aber doch erscheint es wünschenswert, ehe die Fürsorgefrage erörtert wird, wenigstens bei dem einen Punkte zu verweilen, was wir vom Standpunkt der heutigen Psychiatrie unter Idiotie verstehen. Wohl finden wir bei alten Ärzten vielfach Beschreibungen von Patienten, die wir in diese Gruppe einreihen würden, vor allem als Kuriositäten wurden Fälle von auffallenden Mikrocephalen oder Hydrocephalen dargestellt und in Schriftwerken abgebildet. Aber trotzdem wurde noch von Pinel nicht unterschieden zwischen dem angeborenen oder früherworbenen Blödsinn und den sekundären Defektzuständen; alle diese Fälle rechnete er unter den „Idiotisme“ oder die „oblitération des facultés intellectuelles“; ähnlich verhielt sich auch noch Reil.

Esquirol hingegen betont den wesentlichen Unterschied des angeborenen Blödsinns von dem später erworbenen und definiert jenen als einen eigentümlichen Zustand, bei dem die geistigen Fähigkeiten niemals entwickelt worden sind. Hinsichtlich der Gliederung dieser Gruppe wählten Esquirol und seine Nachfolger im wesentlichen das graduelle Prinzip, sei es dass man Bildungsunfähigkeit und Bildungsfähigkeit einander gegenüberstellte, wie Belhomme, und die 2 Hauptgruppen der Idioten und Imbecillen im einzelnen noch detaillierter abstufte, sei es auch, dass man, wie es gerade schon Esquirol versucht hatte, das Sprachvermögen als Richtschnur benützen wollte, die freilich recht unsicher war, da die Sprachentwicklung keineswegs der Gesamtheit die geistigen Fähigkeiten streng proportional geht. Am fruchtbarsten war entschieden der von Wildermuth besonders betonte Gesichtspunkt, die Stufen der Idiotie zu vergleichen mit den Stufen des normalen Kindesalters.

Es ist vielfach gegen die Bezeichnung „Idiotie“ Front gemacht worden, sowohl von Medizinern, wie Ballet, als auch von Pädagogen. Allerdings ist die so bezeichnete Krankheitsgruppe ein Konglomerat von ätiologisch wie anatomisch ganz differenten Fällen, und die Unterabteilungen wie Idioten im engeren Sinne, Imbecille und Debile usw. oder torpide und erethische Fälle, haben ebenso viel oder ebenso wenig Berechtigung, wie wenn wir die Geisteskranken gruppieren in ruhige, halbruhige, unruhige und sieche Kranke usw. Auf den ersten Blick stellen die Idioten eine therapeutische Einheit dar, insofern bei ihnen im Jugendalter eine kombinierte ärztlich-pädagogische Behandlung angebracht erscheint. Daneben aber bleibt doch der schon von Esquirol erkannte Gegensatz zwischen den postpubisch erkrankten Irren einerseits und den schon vor oder bald nach der Geburt abnormen Idioten andrerseits bestehen, indem es bei diesen nie zur vollen Entwicklung einer geistigen Persönlichkeit kommt, einerlei, durch welche Ursache das Hirn in seiner Ausbildung gestört wurde, während die Irren einen Verfall der entwickelten Persönlichkeit erleiden und daraufhin auch bei tiefgreifenden Störungen gewöhnlich noch Spuren ihrer früheren Bildung und Charaktereigenart erkennen lassen. Gerade in diesem Sinne ist der Ausdruck in seiner Ableitung von ἴδιος = eigen, dem Einzelnen

angehörig, im Gegensatz zum Gemeinwesen, gar nicht einmal so übel für die von vornherein aus der geistigen Gemeinschaft der Menschen abgetrennten Idioten. Die italienische Bezeichnung „Frenastenia“, in dem neuen Lehrbuch von Bianchi, bringt uns keinen Schritt weiter. Behalten wir daher ruhig den Ausdruck Idioten, wofür auch Wildermuth eintritt, für die tiefste Stufe der von früh auf Schwachsinnigen bei, während wir als Sammelnamen für die dem Grade nach abgestuften Idioten, Imbecillen und Debilen ja den Ausdruck „Idiotismus“ gebrauchen können.

Selbstverständlich wird sich kein wissenschaftlich denkender Arzt mit der Feststellung des Grades der Idiotie begnügen, sondern das Wesen des jeweiligen Falles unter Berücksichtigung der Ätiologie und Anatomie festzustellen suchen.

Schon Griesinger wirkte auch nach dieser Richtung hin bahnbrechend, er erörterte die Frage, ob es sich bei der von Geburt oder früher Jugend an bestehenden psychischen Entwicklungsstörung um wirkliche Bildungshemmungen oder um die Residuen von krankhaften Prozessen handelt, und versuchte im Anschluss daran eine Gruppierung der Fälle nach Mikrocephalie, Porencephalie, Hirnmissbildung, Schädelanomalie, Hydrocephalie, Encephalitis, Hirnhypertrophie.

Freilich wurde damals den rein äusserlichen Merkmalen, vor allem der Schädelkonfiguration, noch ein zu grosser Wert beigemessen. Mit dem Fortschreiten der pathologischen Anatomie wurde die Einteilung immer differenzierter, 10 Gruppen hatte seinerzeit Bourneville auf Grund pathologisch-anatomischer Gesichtspunkte aufgestellt.

Im praktischen Falle wird nun eine rein anatomische Betrachtungsweise nicht immer zum Ziele führen, es empfiehlt sich vielmehr nach dem Vorbild von Schüle, sowie Ireland, unter Zusammenfassung der erhaltbaren ätiologischen Faktoren, der physischen und psychischen Merkmale, sowie der klinischen Verlaufsform, „natürliche Familien“ zu bilden.

Wie weit wir dazu imstande sind, das soll nun zunächst in gedrängter Form erörtert werden. Gerade bei den tief-

stehenden Fällen ist diese Gruppierung eher möglich als bei den Imbecillen und Debilen, den leichteren Graden kindlichen Schwachsinns, die etwa die Stufe des Normalen vom 7. Jahre bis zur Pubertät zu erreichen imstande sind und gewissermaßen die formes frustes verschiedener Gruppen von Idioten darstellen.

(Für nichtärztliche Leser hat vor allem der 2. Teil, „Über Idiotenfürsorge", Seite 47 u. f., Interesse.)

I. Teil.

Die Grundlagen der Idiodie.

Amaurotische familiäre Idiotie.

Eine in den letzten Jahren bekannt gewordene Gruppe bildet ein so einheitlich geschlossenes Ganzes, dass wir sie ganz von den übrigen Idioten abtrennen müssen. Es handelt sich um die theoretisch ungemein interessante amaurotische familiäre Idiotie, auf die 1881 von Warren Tay des Augenbefundes wegen hingewiesen wurde und deren Kenntnis vor allem von B. Sachs in New-York gefördert worden ist. Kinder, meist aus jüdischen Familien, erkranken nach anscheinend guter Entwicklung im 1. oder 2. Lebensjahre, sie verblöden vollständig, die Extremitäten werden schwach und lahm in spastischer oder schlaffer Weise, die Reflexe können erhöht oder vermindert sein, unter allgemeinem Marasmus tritt meist vor Ende des 2. Jahres der Tod ein; nur ein 6jähriger Fall wurde bisher beschrieben. Besonders eigenartig ist der Augenbefund: An der Stelle der macula lutea findet sich ein etwas bläulich-weisser Fleck mit einem bräunlich-roten Punkt im Zentrum; nach einigen Monaten wird die Papille atrophisch. Gewöhnlich verfallen mehrere Kinder derselben Familie dieser Krankheit zum Opfer.

Die Deutung schwankte: Higier wollte die Fälle zur cerebralen Kinderlähmung, Freud zur kongenitalen familiären

Diplegie in Beziehung setzen. Sachs*) und Peterson fanden etwas mangelhafte Entwicklung des Hirns, Freiliegen der Insel, Konfluieren der sylvischen Spalte mit dem Sulcus Rolando; die grossen Pyramidenzellen waren verändert und verringert an Zahl, die Tangentialfasern fehlten. Dabei erschienen die Blutgefässe normal, nichts Entzündliches war an der Rinde zu erkennen. Die grossen Ganglien, Chiasma, Pons und Oblongata fand Sachs normal. Frey**) jedoch traf Veränderungen im Hirnschenkel, im Thalamus, der inneren und äusseren Kapsel, dem Sehtrakt und den Pyramiden der Oblongata. Rückenmarksveränderungen sind mehrfach nachgewiesen. Die Glia ist stark gewuchert, faserreich, dazu viele Körnchenzellen. Das Auffallendste ist die Ganglienzellenveränderung:

Der Kern wird färbbar und nimmt vielfach Spitzenstellung ein, das Protoplasma wird diffus gefärbt in verschiedener Intensität, doch tritt eine retikuläre Zeichnung auf. Mehrfach sind Lacunen und ferner dicht angelagerte und eingedrungene Gliazellen zu bemerken. Vom Achsenzylinder ist viel zu sehen. Dabei beobachtet man manchmal an der Zelle oder am Achsenzylinder oder den Dendriten ein sackförmiges Anhängsel von etwas wabiger Struktur. Schon Mohr***) und Schaffer sprachen von einer fettigen Entartung der Pyramidenzellen, wofür neuerdings Alzheimer sichere Beweise erbracht hat.

---

*) B. Sachs, „a family form of idiocy generally fatal and associated with early blindness (amaurotic family idiocy). New-York medical journal, May 30, 1896.

B. Sachs, „Die amaurotische familiäre Idiotie“. Deutsche medizinische Wochenschrift 1898, Nr. 3.

B. Sachs, „Ein weiterer Beitrag zur amaurotischen, familiären Idiotie, einer Erkrankung hauptsächlich der grauen Substanz des Centralnervensystems“. Deutsche medizinische Wochenschrift 1903, Nr. 28, S. 494 und Journal of nervous and mental diseases, Bd. XXX, 1903, S. 1.

**) Ernst Frey, „Pathohistologische Untersuchung des Centralnervensystems in einem Fall von Sachs'scher familiärer amaurotischer Idiotie“. Neurologisches Centralblatt 1901, S. 836.

Ferner: „Demonstration mikroskopischer Hirnpräparate von einem Fall der Sachs'schen Idiotia amaurotica familiaris“. Pester medizinisch-chirurgische Presse 1899, Nr. 25.

***) Michael Mohr, „Die Sachs'sche amaurotische familiäre Idiotie“. Archiv für Augenheilkunde, Bd. XLI, 1901, Heft 3, S. 285.

In eingehender Weise hat sich mehrfach und noch in letzter Zeit Schaffer*) über die Affektion auf Grund neuester Untersuchungsmethoden (Bielschowsky) ausgesprochen. Er betont als wesentlich Schwellung des Nervenzellkörpers im ganzen; teilweise Schwellung des Körpers und der wichtigsten Dendriten, woraus das Bild der sogenannten cystischen Degeneration hervorgeht; Auseinanderdrängen der Neurofibrillen an den verdickten Stellen; Gliahyperplasie; normale Blutgefässe, ohne irgend welche Spur von Entzündung. Die Veränderung betrifft das ganze Zentralnervensystem, der Sehnerv hingegen bleibt frei. Die Diffusion des Krankheitsprozesses und das familiäre Auftreten sprechen für eine erhebliche subnormale Veranlagung, die durch Abnützung die Degeneration bedingt.

So hoch das theoretische Interesse an diesem ganz eigenartigen Prozess auch ist, praktisch hat er für uns heute noch keine Bedeutung, da die Fälle sterben, ehe an Anstaltsbehandlung wegen des Schwachsinns gedacht werden kann.

(Vortragender demonstriert die histologischen Bilder einiger Ganglienzellen aus Präparaten von Sachs und von Alzheimer, wo auf Grund der Nissl-Methode die Schwellung von Zellkörpern, Achsenzylindern usw. zu erkennen ist; den beiden Herren sei bestens gedankt.)

Zu beachten ist, dass aber auch unter den in Anstalten untergebrachten Idioten etwas vorgeschritteneren Alters manchmal nachträglich noch Erblindungen auftreten. Identisch mit dem Prozesse der familiären amaurotischen Idiotie sind diese Fälle aber zweifellos nicht ohne weiteres. Allerdings hat H. Vogt**) in jüngster Zeit eine Reihe von Fällen im Alter von 4—16 Jahren beschrieben, die mit Sachs'schen in den Hauptpunkten übereinstimmen, nur dass der Befund an der Macula lutea fehlte.

Neuerdings hat Spielmeyer***) in einem Vortrag „Über familiäre Idiotie" eine Beobachtung beschrieben, bei der 4 Ge-

---

*) Schaffer, „Über einen Fall von Tay-Sachs'scher amaurotischer Idiotie mit Befund". Wiener klinische Rundschau, 1902, Nr. XVI, S. 324.

Ferner besonders: „Zur Pathogenese der Tay-Sachs'schen amaurotischen Idiotie". Neurologisches Centralblatt, 1905, Nr. 9 und 10.

**) H. Vogt, „Über familiäre amaurotische Idiotie und verwandte Krankheitsbilder", Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie XVIII.

***) Vergl. Referat im Neurologischen Centralblatt, 1905, S. 620.

schwister zur Zeit der 2. Dentition erkrankten mit epileptischen Anfällen, schneller Verblödung und fortschreitender Erblindung unter Retinitis pigmentosa. Der Vater litt an Lues, vor seiner Ansteckung jedoch hatte er ein gesundes Kind gezeugt. Das Nervensystem zweier jener Fälle war diffus verändert, vor allem fiel eine eigenartige Zellerkrankung auf, die aber nicht der bei den Sachs'schen Fällen entspricht. Augenscheinlich handelt es sich bei dieser Beobachtung wieder um einen andersartigen Krankheitsprozess.

Thyreogener Schwachsinn.

Eine 2. in sich geschlossene Gruppe will ich nur kurz erwähnen, weil ich vor 2 Jahren Gelegenheit hatte, an dieser Stelle ausführlicher darüber vorzutragen*): den thyreogenen Schwachsinn. Schon Pinel hatte bei der Beschreibung seines Idiotisme dem alpinen Kretinismus eine besondere Stellung eingeräumt und neuerdings trennt man die Gruppe mit Recht ganz von den übrigen Idioten, weil die Ätiologie ganz spezifischen Charakters ist und die Therapie bei ihnen durch die Organbehandlung eine so ganz andere Stellung einnimmt.

Die nächste Ursache des Schwachsinns in häufiger Verbindung mit Myxödem und Zwergwuchs ist die Schilddrüsenfunktionshemmung, was wir ja durch das Thierexperiment jederzeit nachprüfen können. Wie diese aber zustande kommt, ist noch vielfach fraglich. Bei den sporadischen Fällen pflegt Entwicklungshemmung oder schwere Entzündung die Ursache zu sein, bei den endemischen wird wohl mit Recht ein geformter Erreger im Wasser gesucht. Geradedie selteneren Fälle

---

*) Weygandt, „Beiträge zur Lehre vom Kretinismus". Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. LX, 1903, S. 933.

Derselbe, „Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus". Halle 1903.

Derselbe, „Weitere Beiträge zur Lehre vom Kretinismus". Würzburg 1904.

Ferner: Bayon, „Beiträge zur Diagnose und Lehre vom Kretinismus" Würzburg 1903.

Wagner von Jauregg, „Über Behandlung des endemischen Kretinismus mit Schilddrüsensubstanz". Wiener klinische Wochenschrift, 1901, Nr. 30.

von Endemieen im Tiefland sind ein Beweis hierfür, weil sie, wie auf der Insel Schütt oder am Unterlauf der Mur in Ungarn, Gegenden betreffen, die in ihrer Wasserversorgung auf den aus Kretinenländern herkommenden Fluss angewiesen sind. Zweifellos aber muss noch ein Hilfsmoment dazu kommen, da ja nur ein kleiner Teil der unter gleichen Bedingungen lebenden Einwohner einer Kretinengegend wirklich kretinistisch wird. Anscheinend wird die durch den endemischen Faktor geschwächte Schilddrüse durch schwere Infektionskrankheiten definitiv ausgeschaltet.

Neben den 3 Hauptgruppen der operativen Cachexia thyreopriva, des sporadischen Myxödems und des endemischen Kretinismus empfiehlt es sich, noch als 4. Gruppe die Fälle eines endemischen strumösen Schwachsinns zusammenzufassen, die in Kropf- und Kretinengegenden noch häufiger sind als die ganz typischen, durch Zwergwuchs und Myxödem ausgezeichneten Kretinen. Lombroso hatte vor längeren Jahren sogar Fälle von kretinistischen Riesen mit mehr als 2 m Körperlänge beschrieben.

Auch die neue, sorgfältige Arbeit von Cerletti und Perusini*) erwähnt neben vielen Zwergfällen mehrere solcher hypothyreoiden Fälle mit etwa 160 cm Grösse, Schwachsinn, ganz dickem Kropf, aber ohne Myxödem, ohne die Hauttrockenheit. Hier muss es sich um eine differenzierte Einschränkung der Schilddrüsenfunktion handeln; im Vordergrund steht die Wirkung auf die Psyche.

Idiotie auf Grund von Anlagemängeln.

Bei den Versuchen einer wissenschaftlichen Gruppierung der Idiotieformen begegnet man neben der Beschreibung der augenfälligen Schädelabnormitäten, Mikrocephalie, Hydrocephalie usw., vor allem der Trennung in kongenitale und erworbene Idiotie. Dabei aber führt der Ausdruck kongenital leicht zu Missverständnissen. Der Sinn, den Griesinger damit verband, betraf die Anlage im Gegensatz zu einem pathologischen

---

*) „Studi sul cretinismo endemico“. Annali dell' instituto psichiatrico di Roma, III, 1904, S. 25.

Prozess. Die Theorie, dass Idiotie durch Anlagestörung, durch Missbildung verursacht sei, fand ihren krassesten Ausdruck in der Hypothese von Carl Vogt*), der vom darwinistischen Standpunkt aus, doch nur auf ein Material von 10 Schädeln gestützt, 1867 behauptete, es handle sich bei den Mikrocephalen um eine atavistische Bildung, um eine Art Affenmenschen. Der Anthropologen-Kongress verwahrte sich dagegen, Bischoff, Rüdinger, Sander traten gegen Vogt auf. Klebs vertrat die Ansicht, dass die Mütter von Mikrocephalen vielfach uterine Krämpfe gehabt hätten, Gerhartz**) maß der Retroflexion besondere Bedeutung bei, Stark***) wies 1875 nach, dass beim mikrocephalen Hirn viele Anzeichen auf entzündliche, encephalitische Prozesse hinweisen.

Beide Anschauungen, die von Vogt und die von Stark, können indessen einigermaßen einwandfreie Fälle für sich geltend machen. Allerdings erwies es sich, dass vielfach die Kleinheit des Hirns durch entzündliche Schrumpfungsprozesse bedingt ist, ohne dass man immer genau sagen kann, ob die Krankheitsvorgänge sich im intrauterinen Leben oder bald post partum abgespielt haben. Die Bezeichnung „kongenital" in diesem Sinne hätte lange nicht die Wichtigkeit wie die Feststellung einer Anlagehemmung gegenüber der eines pathologischen Prozesses.

Die prinzipielle Trennung zwischen den letzteren Fällen, die auch vielfach als Pseudomikrocephalie bezeichnet wurden, und den durch Anlagehemmung bedingten, ist die grundlegendste im Bereiche der Idiotie, freilich keineswegs in jedem Falle, vor allem intra vitam, durchführbar, ja manchmal auch deshalb unzulänglich, weil gelegentlich die Hirnrinde bei demselben Individuum Spuren einer abnormen Entwicklung wie auch eines Krankheitsvorganges erkennen lässt.

Die vielfach in der Literatur angeführte Taxation, dass $^{2}/_{3}$ der Idiotiefälle angeboren, $^{1}/_{3}$ in der frühesten Lebenszeit

---

*) „Über Mikrocephalen und Affenmenschen". Archiv für Anthropologie, II, 1867.

**) „Über die Ursachen der Mikrocephalie". Bonn 1874.

***) „Mikrocephalie, fötale Encephalitis und amyloide Gehirndegeneration". Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, XXXII, 1875.

acquiriert sind, hat wenig Wert, weil eben unter den 2/3 sich eine sehr grosse Zahl durch intrauterine Krankheiten bedingter Fälle befindet, während die Ausscheidung der durch Anlagemängel verursachten Fälle sich noch jeder Schätzung entzieht. Es kann gleich hier betont werden, dass nahezu alle statistischen Angaben in der Lehre vom Idiotismus auf ungemein schwachen Füssen stehen.

Welche Fälle sind es nun, die sich als durch Anlagemängel bedingt feststellen lassen?

In erster Linie zu nennen sind die schwersten Missbildungen des Gehirns, so die Anencephalie, bei der vom Hirn, ja im Falle von Bulloch auch von der Oblongata keine Spuren vorhanden sind; eine kavernöse Masse bedeckt die rudimentäre Schädelbasis, die substantia cerebrovasculosa nach v. Recklinghausen, bei der jedoch Anton*) in 2 Fällen eine grosse Berührungsempfindlichkeit feststellte. In den Fällen von Amyelie bei Meckel, Leonowa und Petren waren die Spinalganglien die einzigen Reste des Zentralnervensystems. Duval traf mehrere Fälle von Anencephalie in einer Familie.

Einige dieser hochgradigsten Missbildungen blieben wenigstens eine Reihe von Tagen am Leben (Veraguth). Anton beobachtete einen Hemicephalus, der nur die untere Hälfte des Pons hatte, 8 Tage lebend, Leonowa sah einen Fall von Rückenmarksmangel einige Zeit atmen. Spielmeyer beschrieb neuerdings ein hydranencephales Zwillingspaar, das 1 bezw. 7 Tage lebte.

Es schliessen sich an die Verschmelzungsmissbildungen, vor allem Cyklopie, die auch einige Zeit leben können, so Seligmann's Fall nicht weniger als 7 Monate lang.

Von Monakow wollte durch seine teratologische Methode jene Missbildungen für die Probleme der Evolution nutzbar machen. Neuerdings hat H. Vogt wieder darauf hingewiesen, dass z. B. der Hemicephalus die Fixation der

*) Hydrocephalien. Entwicklungsstörungen des Gehirns, im Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems, herausgegeben von Flatau, Jacobsohn, Minor, Berlin 1904.

Hirnanlage auf dem Stadium der Medullarplatte darstellen kann.

Zur Veranschaulichung, wie die heutige Forschung sich den Hypothesen gegenüber vorsichtiger verhält als die Zeit von Carl Vogt, dafür aber eine weit eingehendere Analyse des einzelnen Falles anstrebt, seien aus den durch v. Monakow angeregten Arbeiten des hirnanatomischen Instituts zu Zürich die exakten Untersuchungen von 3 ausgeprägten Mikrocephaliefällen durch H. Vogt*) angeführt. Es handelt sich hier zunächst um den Fall eines zweijährigen Kindes, dessen formolgehärtetes Gehirn 125 g wog. Die Grundlage bildet eine Entwicklungsstörung der sekundären Vorderhirnbläschen unter mangelhafter Trennung von Mark und Rinde. Die Windungen waren nur angedeutet durch den Grübchentypus. Der Balken fehlte vollständig. Es zeigte sich von der Basis her in das Innere des Schläfen- und Hinterhauptlappens eine Einstülpung gegliederter Rinde unter Analogie an die sogenannte fissura rhinalis posterior bei den Ungulaten und vielen Karnivoren; ferner atypische, phylogenetisch niedrige Faserverbindungen, so enthielt die Commissura anterior Balkenfasern, wie bei den Marsupialiern; weiterhin fehlte das Septum pellucidum und es vereinigten sich Fasern aus dem betreffenden Teil der medianen Hemisphärenwand mit dem fornix wie bei den Monotremen. Sehr zahlreich fanden sich Heterotopieen. Ausgesprochen war die Entwicklungshemmung der Grosshirnanteile der tiefer gelegenen Hirnabschnitte, dagegen entsprachen die Stammganglien der Norm. An der Basis fand sich eine an die area medullovasculosa erinnernde Platte. Histologisch zeigten viele Zellelemente unfertigen Charakter, mit einer vielfach embryonalen Typus aufweisenden Anordnung. Die Zwischensubstanz und Glia liessen dagegen nichts Auffallendes erkennen.

Während es sich hier um eine sehr frühe Unterbrechung der Entwicklung des Organs auf Grund einer lokalen Schädigung gehandelt haben muss, hat der 2. Fall (2 1/2 jähriges Kind; Gehirn, Rückenmark, Dura wogen frisch 265 g) eine mangel-

---

*) „Über die Anatomie, das Wesen und die Entstehung mikrocephaler Missbildungen nebst Beiträgen über die Entwicklungsstörungen der Architektonik des Centralnervensystems". Wiesbaden 1905.

hafte Bildung und Differenzierung in allen Teilen der Anlage vom Grosshirn bis zum Rückenmark erkennen lassen, der Windungstypus war mikrogyr, daneben bestand Hydrocephalus internus ex vacuo.

Im 3. Falle dagegen (Kind von 2 Monaten; Formolhirn von 156 g) war die Anlage gleichmäßig und symmetrisch, die primären Hauptfurchen waren entwickelt, die histologischen Elemente teilweise gereift; dabei zeigte sich eine siebartige Durchbrechung des ganzen Organs durch cystische Hohlräume auf Grund von Veränderungen des Kapillarinhaltes. Offenbar war hierdurch eine gleichmäßige, diffuse Unterbrechung der embryonalen Entwicklung eingetreten.

An der Hand dieser 3 Fälle konnte H. Vogt bereits 3 differente Möglichkeiten des Zustandekommens einer Hirnentwicklungshemmung nebeneinander stellen: I. Die krankhafte Anlage des Keimes vor der Entwicklung, wohl auf Grund einer Keimvergiftung (Fall 2), II. Die Erkrankung des Keimes während der Entwicklung, und zwar a) in Form einer diffusen Schädigung (Fall 3) und b) in Form einer lokalen Erkrankung (Fall 1). Welcher Art nun das primäre pathologische Moment ist, das wird sich wohl in den meisten Fällen nicht leicht feststellen lassen. Hier etwas Sicheres auszusagen, dürfte nicht minder schwierig sein, als wollte man z. B. irgend eine Hypothese aufstellen über das Zustandekommen einer künstlerischen Veranlagung und ihrer etwaigen Vererbung von einem Aszendenten.

Auch dem Psychologen geben die Fälle hochgradiger Unterentwicklung des Zentralnervensystems zu denken, wenn die Sache auch nicht so einfach ist, wie manche Autoren glauben, die z. B. schon in naiver Weise geäussert haben, dass wohl auch beim normalen Neugeborenen das seelische Leben noch nicht angefangen zu haben scheine.

Für die Idiotenpflege bleiben die allertiefsten Formen ganz ausser Betracht, weil sie doch im äussersten Falle nur einige Wochen oder Monate alt werden.

Wichtiger sind die Fälle partieller Hirndefekte und Rindenentwicklungsstörungen, die ja vielfach ein hohes Alter erreichen, sich aber zum Teil der Diagnose intra vitam entziehen.

Der vollständige Balkenmangel*) ist wohl in vielen Fällen als eine Entwicklungshemmung zu betrachten; die mechanische Theorie Richter's, der glaubte, dass infolge des zu grossen Winkels der Felsenbeine das tentorium und die falx zu weit nach vorne geschoben würden und somit den Balken durch Eindrücken in die Sichel verkümmern liessen, würde den vollständigen Mangel nicht erklären, auch trifft die Basisabnormität keineswegs immer zu. Beachtenswert ist, dass wenigstens in einigen Fällen von teilweisem Balkendefekt noch soviel psychische Leistungsfähigkeit vorhanden war, dass Berufsarbeit möglich wurde, so in dem von Jolly beschriebenem Falle, bei dem allerdings, wie Hitzig**) betont, das Balkenknie erheblich verdickt war und somit kompensatorisch wirken konnte.

Bei partiellen Balkenmängeln mögen freilich erworbene Gefässstörungen oder Hydrocephalie eine Rolle spielen.

Am wenigsten wird man an entzündliche Veränderungen denken in den Fällen von Heterotopie der grauen Substanz. v. Monakow***) teilte diese Entwicklungsstörungen ein in vom Mutterboden abgesprengte Nervenzellengruppen, dann in Metaplasie von einheitlichen Gebilden aus grauer Substanz, z. B. der Olive, weiterhin Ependymabkömmlinge, ferner subkortikale Windungen auf Grund unverbrauchten Bildungsmaterials, ausserdem besondere Schichten- und Spaltenbildung der Rinde und schliesslich paradoxe Architektonik. Wieso auf Grund eines pathologischen Prozesses jene abgesprengten Stückchen grauer Substanz in das Marklager des Gross- oder Kleinhirns, der Basalganglien, selbst der Oblongata und des Rückenmarks gelangen könnten, wäre nicht einzusehen. Manchmal findet man in solchen Fällen auch Makrogyrie, Mikrogyrie, Hydrocephalie. Zu beachten ist, dass diese Abnormität nicht nur

---

*) Forel und Onufrowicz, „Das balkenlose Mikrocephalengehirn, Hofmann". Arch. f. Psychiatrie, XVIII, 1887.

Zingerle, „Über die Bedeutung des Balkenmangels im menschlichen Gehirn". Arch. f. Psychiatrie, XXX, 1898.

**) „Hypertrophie und Atrophie des Gehirns", in Ziemssen's Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie". I. Bd., 1. Heft, 2. Aufl., Leipzig 1878.

***) „Ueber die Missbildungen des Centralnervensystems, Ergebnisse der Pathologie, 1899.

bei Idioten, Geisteskranken und Epileptikern vorkommt, sondern auch, wie Ehrmann u. a. zeigten, bei geistig Normalen.

Manche Kleinhirnstörungen, wie sie durch Hitzig's*) Fall mit dem halbseitigen Kleinhirndefekt repräsentiert werden, kommen angesichts der entwickelten psychischen Fähigkeiten für die Frage des Idiotismus weniger in Betracht. Auffallend sind die Fälle einer Hypertrophie des Kleinhirns bei Verkümmerung des Grosshirns.

Am nächsten liegt die Frage nach den Fällen einer abnormen, nicht entzündlich veränderten Hirnrinde als Ausdruck des Verharrens auf einer embryonalen Stufe. Selten, doch schon 1824 in 3 Fällen von Tiedemann beschrieben, ist die Verwachsung der beiden Grosshirnhemisphären, wie sie neuerdings von Seligmann beobachtet worden ist. In einzelnen Fällen sehen wir den makrogyren Windungstypus, bei dem der Gedanke an entzündliche Prozesse am meisten ausgeschlossen ist. Manchmal findet sich mit Makrogyrie kombiniert an demselben Hirn auch der mikrogyre Typus, der jedoch weit öfter auf entzündlicher Basis zu finden ist, bedingt durch Entzündung und Narbenbildung, aber auch durch Hydrocephalie usw. In manchen Fällen ist nur ein Teil der Windungen betroffen; Zusammenfluss mehrerer Windungen, ferner abnorme Spalten, vor allem die Affenspalte, wurden beobachtet. In leichten Fällen, so in einem, den Pfister**) beschrieb, ist gar kein besonderer Schwachsinn zu erkennen, sondern das Individuum arbeitet zeitlebens in seinem Berufe.

Meist jedoch ist der Schwachsinn recht tief, wenn auch keineswegs die Kleinheit und Verbildung des Gehirns dem psychischen Defekt immer einigermaßen proportional erscheint.

Das wären sozusagen die reinsten Fälle von Idiotie, bei denen das Hirn auf einer früheren Entwicklungsstufe stehen blieb, ungestört durch pathologische Prozesse.

Der Schluss von der Kopfgrösse am Lebenden auf die Hirngrösse erfordert besondere Vorsicht, schon weil manchmal

---

*) „Über einen Fall von halbseitigem Defekt des Kleinhirns". Archiv für Psychiatrie, XV, 1884, S. 266.

**) „Mikrocephalie mit Affenspalte ohne Geistesstörung". Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. L, 1894.

die Mikrencephalie mit Hydrocephalie verbunden ist und in einem relativ grossen Kopfe ein auffallend kleines Hirn sein kann. Die von Virchow früher betonte Theorie, als ob frühzeitige Verknöcherung des Schädels auf die Hirnentwicklung grossen Einfluss hätte, ist ja längst verlassen. Niemand verspricht sich mehr ernsthaften Erfolg von der auf jener irrigen Ansicht aufgebauten Kraniektomie. Am schlagendsten bleibt immer das Beweismaterial von Bourneville, der in seiner trefflich organisierten Idiotenschädelsammlung unter 675 Fällen nur 2 mal komplette und 29 mal partielle Synostose fand, aber gerade nicht bei Mikrocephalen!

Wichtiger als das Gesamthirngewicht ist das des Grosshirns zur Feststellung des Grades der Mikrocephalie. In einem 8jährigen Falle von Bischof betrug der Schädelumfang 28,5 cm, das Hirngewicht 219, das Grosshirngewicht 156 g. Mierejewski fand bei dem nicht allzuweit hinter der Norm zurückstehendem Kopfumfang von 49 cm ein Hirngewicht von 369 g, während ein von Pfleger und Pilcz beschriebener Idiot bei 46,5 cm Kopfumfang 1047 g Hirngewicht aufwies.

Probst*) fand bei seinem äusserst instruktiven Falle von Mikrocephalie und Makrogyrie eines 3 1/2 jährigen Kindes den Kopfumfang von 31,5 cm und das Hirngewicht von 195 g.

Von besonderem Interesse ist eine kürzlich von Otto Ranke**) beschriebene Erscheinung: Bei einem mikrocephalen Kind fand sich Mikrocephalie, Mikromyelie und ausgeprägte Mikrogyrie. Das Mikroskop zeigte Aufhebung der normalen Rindenarchitektur. Vergleichungen mit der Rindenentwicklung des normalen Fötus machten es wahrscheinlich, dass es sich in jenem Fall um ein Stehenbleiben in der Zeit des von Retzius und His beschriebenen fötalen Wärzchenzustandes der Rinde (Status corticis verrucosus simplex s. Retzii), dann um eine Weiterbildung im Sinne dieses Stadiums und einen vereinzelt in diesen Gegenden auftretenden Versuch zur Windungsbildung

*) „Zur Lehre von der Mikrocephalie und Makrogyrie". Archiv f. Psychiatrie XXXVIII, 1904.

**) „Über eine besondere Form von Entwickelungsstörung der menschlichen Grosshirnrinde". Vortrag auf der bayerischen Psychiaterversammlung 1905, s. Ref. Psych. neurolog. Wochenschrift, 1905, S. 215.

handelt. Zur Bezeichnung dieses Zustands bei Mikrocephalie wurde der Name Status corticis verrucosus deformis vorgeschlagen.

Zwei Umstände können schon intra vitam die Annahme einer Idiotie durch Anlagehemmung stützen:

1. Das familiäre Auftreten, das z. B. bei dem berühmten Fall Helene Becker zur Geltung kam, die noch 4 mikrocephale Geschwister hatte. Auch die kürzlich in der Nähe von Frankfurt entdeckten drei Geschwister Geis sind hier zu erwähnen. Es wäre von vornherein unwahrscheinlich, wenn ein entzündlicher Prozess in derselben Familie zu verschiedener Zeit sich wiederholen und immer annähernd denselben Effekt hervorbringen würde.

2. Dann aber sind in solchen Fällen auch schwere Degenerationszeichen öfter in besonders starker Entwicklung zu treffen; Missbildungen der Extremitäten, Polydaktylie, auch einmal Situs inversus, dann anderweitige, vielfach innere Entartungszeichen wären zu erwähnen. Gerade das Vorhandensein schwerer Entwicklungsstörungen im Bereiche anderer Organsysteme lässt annehmen, dass eine Schädlichkeit den Keim in einer noch wenig differenzierten Epoche getroffen hat, sodass gleichzeitig z. B. Derivate des äusseren und des mittleren Keimblattes geschädigt worden sind. Manchmal findet sich Zwergwuchs; selten handelt es sich um ganz proportionierte Zwerge, um die sogenannte Nanosomia vera, bei denen das Verhältnis von Kopf zum Körper dem bei normalen Erwachsenen entspricht; hierher gehört der von Rieger*) und Hansemann**) u. a. beschriebene Fall Dobos Janos, dessen Intelligenz keineswegs gering war.

Das klinische Bild der Mikrocephalen auf Grund von Bildungshemmung bietet immerhin einige bemerkenswerte Eigentümlichkeiten. Vor allem pflegen diese Mikrocephalen versatil zu sein, lebhaften Naturells, dabei im ganzen harmloser, heiterer Stimmung. Doch kommen nicht allzu selten auch Zänkereien und Prügeleien vor. Tiks und rhythmische Bewegungen

---

*) Sitzungsberichte der Würzburger physikalisch-medizinisch. Gesellschaft. 1895.

**) „Echte Nanosomie mit Demonstration eines Falles“. Berliner klinische Wochenschrift, 1902, S. 1209.

werden öfter beobachtet, hier und da epileptische Symptome; ferner Erblindung; seltener wurde extreme Fettleibigkeit gefunden.

Den Ausschlag wird bei dem Sektionsbefund eines einfach gebauten Hirns mit oder ohne deutliche Missbildungen schliesslich die mikroskopische Untersuchung bieten, ob Spuren und Residuen eines entzündlichen Prozesses vorhanden sind oder Anzeichen eines teilweisen Stillstandes auf embryonaler Stufe.

An erster Stelle ist hier natürlich an Hammarberg's*) sorgfältiges Werk zu denken; indess musste es sich schon von mancher Seite, so von Nissl und von Alzheimer begründeten Einspruch gefallen lassen. Bei echten Anlagehemmungen wäre zu erwarten, dass die Hirnrinde an die Verhältnisse des embryonalen Alters erinnere. Hammarberg versuchte nun auch mit Aufwand von grösster Mühe und viel Scharfsinn den Nachweis, dass bei 9 Fällen eine Rindenhemmung vorliege, und glaubte sogar die einzelnen Hirnoberflächenpartien genau auf die verschiedenen embryonalen Monate taxieren zu können. Indess wurde noch vor einem Jahre von Alzheimer**) betont, dass ja selbst die beigegebenen Bilder von Hammarberg keineswegs einen embryonalen Zug erkennen lassen. Wenn auch, wie Heinrich Vogt hervorhebt, die fixierte Phase der betreffenden embryonalen Periode nicht unverändert bleiben kann, sondern vielfach durch selbständige Weiterentwicklung Modifikationen erfährt, so bestehen doch zwischen den Hammarberg'schen Rinden und den zweifellos embryonalen ausserordentliche Unterschiede: Dort zeigten sich gewöhnlich nur wenige Zellen, dazwischen verödete Plaques, während gerade die embryonale Rinde sich als eine dichte Anhäufung von Nervenzellen mit unentwickelter, rundlicher Form darstellt. Idiotenrinden von letzterem Typ sind freilich seltener. Alzheimer fand unter mehreren Dutzend idiotischer Rinden nur einmal einen entsprechenden Fall. Als auf Bildungshemmung beruhend aufzufassen sind die symmetrischen Idiotenhirne mit

*) „Studien über Klinik und Pathologie der Idiotie". Upsala 1895.

**) „Einiges über die Grundlagen der Idiotie", Centralblatf für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1904, S. 457.

fötalem Rindenbau, vor allem auch mit Makrogyrie und auch teilweise animalen Windungstyp, wie etwa der Fall von Pilcz*).

Freilich ist auch da manchmal die Mitwirkung eines krankhaften Prozesses nicht ausgeschlossen, wie sich mehrfach aus reich entwickelten, entzündlich veränderten Gefässen und gewucherten Gliazellen erkennen lässt. In einem Falle Bourneville's**) war im 7. Jahre infolge einer Meningitis eine Verschlechterung des angeborenen Schwachsinns eingetreten. Ein von vornherein zurückgebliebenes, mangelhaft angelegtes Hirn muss ja für spätere entzündliche Schädlichkeiten stets einen locus minoris resistentiae darstellen.

Nichts hindert uns übrigens, anzunehmen, dass auch die reine Anlagehemmung in leichterem Grade auftreten kann und dann den Windungstyp des Neugeborenen bedingt, wie Bourneville mehrere solcher Fälle aufgefasst hat.

Der Aufstellung einer „wahren Porencephalie", die lediglich auf Bildungshemmung beruhen soll, wie Bourneville annimmt, vermag ich nicht zuzustimmen. Es handelt sich vielmehr bei dieser „wahren" ebensogut wie bei der „falschen Porencephalie" im wesentlichen um Krankheiten frühester Jugend von besonders schwer eingreifendem, die Rinde zerstörendem Charakter, beruhend auf pathologischen Prozessen, nicht auf Anlagefehlern (vgl. S. 28).

Idiotie auf Grund von entzündlicher Hirnerkrankung.

Der grossen Gruppe von Entwicklungsstillstand auf Grund von Anlageanomalien steht gegenüber eine Reihe von Gruppen, in denen krankhafte Prozesse die geistige Entwicklung gestört haben. Zwei degenerative Prozesse, die amaurotisch-familiäre Idiotie und die thyreogen bedingten Formen wurden erwähnt, weitere sollen folgen. Zunächst interessieren uns aber die

---

*) „Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der Mikrocephalie nebst zusammenstellenden Berichten über die Erfolge der Kraniektomie bei der Mikrocephalie". Jahrbücher für Psychiatrie, XVII, 1899.

**) Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, XVIII, 1898, S. 113.

Fälle von krankhaften Prozessen auf vasculärer Basis, vor allem durch Entzündung. Rein äusserlich betrachtet, scheint es sich hierbei um recht verschiedene Formen zu handeln.

Die Encephalitis des Kindesalters ist eine ungemein vielgestaltige Krankheit, auch wenn man scharf die nicht eiterige, gutartige Encephalitis nach Leichtenstern, Fürbringer, Fränkel, Oppenheim, Nonne, Köppen usw. sowohl, wie auch die bei Alkoholisten auftretende akute hämorrhagische Polioencephalitis nach Wernicke abtrennt.*)

Die Verschiedenheiten im Bilde der Encephalitis erstrecken sich auf die Zeit des Auftretens, auf den cerebralen Sitz und auf die Intensität des Prozesses.

Es handelt sich, wie Freud**) vor allem betont, in erster Linie um eine klinische Einheit, nicht um eine strenge Einheit im ätiologischen und anatomischen Sinne. Vielfach ist der Anschluss an eine früh erworbene Infektionskrankheit, Scharlach, Masern, Influenza, Pneumonie usw., ersichtlich, oft genug entzieht sich aber auch dieser Zusammenhang unserer Nachforschung und bei einem grossen Teile der Fälle spielte sich der entzündliche Prozess während des uterinen Lebens ab.

Die typischen Fälle sind in dem klinischen Bild des Residualzustandes ungemein charakteristisch, vor allem die meist halbseitige spastische Lähmung mit Kontraktur, in Verbindung mit Schwachsinn und Neigung zur Epilepsie, lässt sich oft auf den ersten Blick erkennen. Aber daneben sind die formes frustes und die atypischen Fälle zahlreich und mannigfaltig. Es gibt Fälle, bei denen die Epilepsie, aber auch solche, bei denen der Schwachsinn vollständig ausbleibt. Auf der anderen Seite sind die Komplikationen durch die mannigfache Ausbreitung der Affektion auf die verschiedensten Hirnteile ungemein charakteristisch, wenn auch im grossen und ganzen die Zentralwindungen oder, besser gesagt, der Bereich der Arteria fossae Sylvii bevorzugt sind.

---

*) Vergl. auch Friedmann, „Encephalitis und Hirnabszess", in Flatau-Jacobsohn-Minor, Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems, Berlin 1904.

**) „Die infantile cerebrale Lähmung". Wien 1897, in Nothnagel's spezieller Pathologie und Therapie, Bd. IX.

Freud zählt unter seinen 6 Typen der cerebralen Kinderlähmung neben der paraplegischen Starre und Lähmung und der bilateralen Hemiplegie auch noch die allgemeine infantile Chorea, die bilaterale Athetose und die Little'sche Krankheit als allgemeine Starre auf. Hinsichtlich letzterer Form, die ja trotz schwerer Spasmen gewöhnlich die ausgeprägten Kontrakturen vermissen lässt, scheint mir die Verwandtschaft noch recht fraglich.

Zu beachten ist, dass v. Strümpell schon 1884 einen Teil der cerebralen spastischen Hemiplegieen in Parallele setzte mit der spinalen Kinderlähmung; in der Tat enthält die Literatur Fälle einer Komplikation von spinaler und cerebraler Kinderlähmung, so einen von Beyer*) beschriebenen aus der Fürstner'schen Klinik; Möbius sah in einer Familie 2 Kinder an einer Infektionskrankheit leiden, von denen das erste eine spinale, das andere eine cerebrale Lähmung davontrug.

Im Gegensatz zu Freud, der für die Fälle einer Lähmung aller 4 Extremitäten auch die schwerste psychische Hemmung annahm, ist zu betonen, dass keineswegs eine strenge Proportionalität zwischen den Lähmungen und den psychischen Symptomen besteht. So wurde kürzlich in Wertheim von Rubinstein der Fall eines Mädchens mit cerebraler Lähmung aller 4 Extremitäten beobachtet, das psychisch ganz intakt war und sogar gelernt hatte, mit Hilfe der Zunge Näharbeiten zu verrichten. Lambl**) beschrieb ein 17jähriges Mädchen mit ausgezeichnetem Gedächtnis und reichem Sprachschatz, die als Hellseherin und Kurpfuscherin grossen Zulauf hatte; der rechte Arm und das rechte Bein waren paretisch, es bestand Nystagmus und die Obduktion zeigte in der linken Hemisphäre eine trichterförmige Vertiefung mit radiär gestellten Windungen. In einem Fall von Zingerle***) handelte es sich um einen er-

---

*) „Eine Komplikation von spinaler und cerebraler Kinderlähmung (Porencephalie)". Archiv für Psychiatrie, Bd. XXVII, 1895, S. 958.

**) „Geschichte einer Hellseherin als Beitrag zum Studium der Porencephalie". Archiv für Psychiatrie, Band XV, 1884, Seite 45.

***) „Ein Fall von umschriebener Störung im Oberflächenwachstum des Gehirns. Ein Beitrag zur Kenntnis der Porencephalie". Archiv für Psychiatrie, Band XXXVII, 1903, S. 97.

werbsfähigen Mann, der keinerlei Lähmungserscheinungen hatte, bei dem die Sektion in der linken Hemisphäre einen porusartigen Defekt aufwies, der die mittleren $^3/_5$ der vorderen Zentralwindung, $^2/_5$ der hinteren Zentralwindung, den grössten Teil des Gyrus supramarginalis, den Fuss der mittleren und unteren Stirnwindung und einen geringen Teil der oberen Stirnwindung betraf.

W. König*) erinnert auch an abortive Fälle, bei denen klinisch nur Reflexerhöhung und ganz leichte Spasmen die überstandene Encephalitis anzeigten, sowie an andere, in denen Nervus facialis und Nervus hypoglossus betroffen waren oder sonstige Hirnsymptome vorlagen. Ich möchte annehmen, dass ein grosser Teil der angeborenen Augenmuskellähmungen auf leichter, eng umschriebener Encephalitis während der embryonalen Zeit beruht.

Bourneville**) beschrieb mehrere Fälle von Nanisme diplégique, beträchtlichem Zurückbleiben des Längenwachstums bei cerebraler Kinderlähmung, so einen 14jährigen Idioten, der 100 statt 147 cm gross war.

Hervorzuheben ist weiterhin, dass nicht selten, trotzdem es sich lediglich um die Folgen eines abgelaufenen Prozesses zu handeln scheint, doch noch in späteren Jahren Veränderungen vorkommen können, ein weiterer Verfall der Intelligenz, Häufung der epileptischen Anfälle, Zunahme der Kontrakturen usw.

Nach Bourneville***) ist diese Progression sogar recht häufig. Einer meiner Fälle†) war von Kind auf rechts ge-

---

*) „Über cerebral bedingte Komplikationen, welche der cerebralen Kinderlähmung wie der einfachen Idiotie gemeinsam sind, sowie über die abortiven Formen der ersteren". Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, XI, 1898.

**) Recherches etc., Band XXIV, 1904, S. 176.

***) Bourneville und Comte: „Pseudoporencéphalie, Hémiplégie gauche; Epilepsie partielle; Déchéance; Etat de mal", in den Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, Bd. XVI, Paris 1896, S. 52.

†) „Atlas und Grundriss der Psychiatrie", München 1902, Seite 175, Fall 3.

lähmt, doch konnte er als Junge noch etwas Englisch und Deutsch und bettelte singend in Wirtshäusern; später ging er immer mehr zurück, lallte nur noch einige Brocken von Liedern; selbst im 3. Jahrzehnt machte er noch Rückschritte, dazu traten dann vor seinen epileptischen Anfällen heftige Zornausbrüche aus. Andrerseits beobachtete Bourneville, dass die Epilepsie der Kinderlähmung zwischen 40 und 50 Jahren erlischt, was Wachsmuth*) neuerdings bestätigen konnte.

Der anatomische Befund ist womöglich noch mannigfaltiger als der klinische. In leichten Fällen sehen wir einen entzündlichen Herd in der untersten Rindenschicht, an der Grenze zwischen grauer und weisser Substanz, von der allerverschiedensten Ausdehnung. Hoven**) traf in einigen Fällen die Rinde völlig normal, nur Mark und Stammganglien waren betroffen. Es finden sich nun die mannigfachsten Übergangsformen von diesen makroskopisch kaum bemerklichen Befunden bis zu den gröbsten anatomischen Defekten. An demselben Hirn bestehen manchmal gesunde, dann leicht betroffene, nur durch das Mikroskop als erkrankt zu erweisende Windungen, weiter aber auch beträchtliche Lücken in der Substanz, narbige Stellen und porencephalische Defekte. Es ist deshalb nicht möglich, die Fälle von atrophischer Sklerose des Hirns, Narbenbildung, halbseitiger Hirnatrophie usw. prinzipiell getrennt zu besprechen.

Schwer zu entscheiden ist die Frage nach der nächsten Ursache des Prozesses, ob es sich lediglich um Entzündung oder aber, wie schon Kundrat***) und schliesslich auch Heschl vor mehr als 20 Jahren behaupteten, um eine Gefässerkrankung, Embolie oder Thrombose und dadurch Abschneidung eines Rindengebietes von der Blutzufuhr handelt, oder ob vielleicht eine Einschleppung von Entzündungserregern durch die Bahn der betreffenden Gefässe angenommen werden darf. Wagner von Jauregg ist es gelungen, bei neuge-

*) „Beiträge zur cerebralen Kinderlähmung". Archiv für Psychiatrie, XXXVIII, 1904, S. 713.

**) „Beiträge zur Anatomie der cerebralen Kinderlähmung". Archiv für Psychiatrie, Bd. XIX, 1888, S. 563.

***) „Porencephalie", 1882.

borenen Katzen durch Karotidenunterbindung Porencephalie und Mikrogyrie zu erzeugen. Beachtenswert ist in ätiologischer Hinsicht noch, dass in der Anamnese ganz ungemein häufig die chronische Trunksucht der Eltern vorkommt.

Insbesondere hängt mit der durch Entzündung bedingten, narbigen Mikrogyrie eng zusammen die anatomische Läsion, die vor allem Bourneville als „atrophische Sklerose" häufig beschrieb. Eine Windungsgruppe ist hier makroskopisch geschrumpft und verhärtet, von weisslicher bis gelber Farbe; mikroskopisch sieht man nach Philippe und Oberthur vielfach kein normales Gewebe mehr, sondern nur eine ausserordentlich gewucherte Gliamasse, die das hypoplastische Skelett der Windungen darstellt, unter beträchtlicher Gefässneubildung. In mittleren Fällen finden sich noch einige atrophische nervöse Elemente, viele Zellen sind geschwunden; im Zentrum semiovale sind noch einige Faserbündel neben sklerotischen Fasern zu sehen. Gewöhnlich sind ferner sekundäre Degenerationen im Sehtrakt, Hirnschenkel und den Pyramidenbahnen vorhanden, weiterhin auch, wie bei der Porencephalie, Veränderungen der Schädelknochen an korrespondierender Stelle.

Der Prozess kann eine grössere Zahl benachbarter oder auch entfernterer Windungen, ja selbst eine ganze Hemisphäre betreffen, so dass dann das Bild der halbseitigen Hirnatrophie daraus resultiert. In einem Falle von Bourneville wog die linke Hemisphäre 588, die rechte 133 g, also nicht einmal $^1/_4$ davon, während die Kleinhirnhemisphären sich, wie schon öfter beobachtet, umgekehrt verhielten, rechts 73, links 43 g. Hierher gehörig auch der Fall von Köppen*).

Auffallender noch sind die schon von Kundrat erwähnten Fälle, in denen bei frühzeitiger Verkümmerung einer Hemisphäre eine ausserordentlich grosse Zunahme der anderen, eine vikariierende Hypertrophie beobachtet wird, und zwar besonders der Teile, die auf der anderen Seite verkümmert sind; so fand Anton rechts Stirnlappen, Operculum und Insel verkümmert, links ausserordentlich vergrössert; auch

*) Köppen, „Über halbseitige Gehirnatrophie eines Idioten mit cerebraler Kinderlähmung", Arch. f. Psychiatrie, B. XL.

miskroskopisch wies er eine Grössenzunahme der Parenchymelemente, Fasern und Zellen nach. Welche therapeutischen Gesichtspunkte hinsichtlich der Bedeutung kompensatorischer Übung sich hieraus ergeben könnten, soll an dieser Stelle nicht weiter erörtert werden. Bei dieser Gelegenheit sei auf den interessanten Befund von Anton*) hingewiesen, dass bei einem Epileptiker echte Hypertrophie des Gehirns (2055 g) mit persistenter Thymus und cystisch degenerierten Nebennieren vorkam, ohne dass die Intelligenz vermindert war. Ähnliches hat auch Obersteiner beobachtet.

Schwierig ist es nun noch, eine befriedigende Abtrennung jener Prozesse gegenüber der Porencephalie vorzunehmen, den bekannten Fällen grosser Substanzdefekte des Hirnmantels, die schon von älteren Autoren beschrieben und abgebildet worden sind (Cruveilhier) und seit den Arbeiten von Heschl**) stets besonderes Interesse erweckt haben. Damals bereits nahm man als Grundlage nicht eine einfache Bildungshemmung, sondern besondere Krankheitsprozesse an, die freilich schon in der embryonalen Zeit einsetzen können.

Bourneville jedoch versuchte eine echte, auf Anlagehemmung beruhende Porencephalie zu unterscheiden von einer sogenannten Pseudoporencephalie. Bei ersterer soll es sich um eine ziemlich regelmäßige, trichterförmige Höhle handeln, die sich von der Hirnoberfläche in das Marklager hineinerstreckt und mit den Ventrikeln kommuniziert. Die umgebenden Windungen sollen radiär nach den Rändern der Höhlung gerichtet sein; der Ursprung sei eine Entwicklungshemmung auf vaskulärer Basis, meist durch Verschluss eines Astes im Bereich der Arteria fossae Sylvii.

Demgegenüber soll die Pseudoporencephalie durch alte Herde von Erweichungen oder Hämorrhagien, Pseudocysten oder zelliger Infiltration entstehen; meist sei sie asymmetrisch; der Defekt sei von atrophischen und oft sklerosierten Windungen

---

*) „Wahre Hypertrophie des Gehirns mit Befunden an Thymus und Nebennieren", Vortrag auf der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsbad 1902.

**) Prager Vierteljahresschrift, 1859 und 1868.

umgeben, aber die Nachbarwindungen sollen nicht nach dem Porus hinstrahlen. Gewöhnlich sei die Lücke durch Pseudocysten, bindegewebige Septa usw. ausgefüllt. Schon Cruveilhier hatte übrigens die Encephalitis für den Pseudoporus verantwortlich gemacht.

Indess ist, wie schon Anton betont hat, die Abtrennung einer sogenannten echten, durch Anlageanomalie bedingten Porencephalie wohl hinfällig, die Unterscheidung ist gekünstelt. Nicht selten finden sich an einem und demselben Hirn sogenannte echte und auch Pseudoporencephalie. Bourneville*) beschrieb ja selbst noch vor 3 Jahren einen recht lehrreichen Fall von sogenannter wahrer Porencephalie links und Pseudoporencephalie auf beiden Hemisphären. Zweifellos handelt es sich bei der sogenannten echten Porencephalie lediglich um das Endresultat einer mit grösserer Intensität oder in früherem Embryonalstadium einsetzenden Affektion.

Mit weit mehr Recht jedoch wird der oben geschilderten Mikrocephalie durch Anlagehemmung eine Pseudomikrocephalie gegenüber gestellt, bei der die Kleinheit des Hirns bedingt ist durch die Verkümmerung eines Teiles der Windungen, durch sogenannte Mikrogyrie, wohl auf entzündlicher Basis. Bresler**) hat Fälle von Mikrogyrie, bei denen durch mechanische Faktoren wie exsudative Meningitis oder Hydrocephalus die Windungskleinheit bedingt erscheint, abzutrennen gesucht von den durch subpiale Entzündung bedingten, bei denen die Windungen einen narbigen Eindruck machen oder gewissermaßen an Blumenkohl erinnern; für letztere schlug er den Namen Ulegyrie vor. Neuerdings hat wieder Oekonomakis***) in der Jolly'schen Klinik die Mikrogyrie und Porencephalie als Folgen derselben krankhaften Einwirkung,

*) Bourneville und Morel, „Porencéphalie vraie de l'hémisphère gauche et pseudoporencéphalie des deux hémisphères". Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, Band XXII, S. 152,

**) „Klinische und pathologisch anatomische Beiträge zur Mikrogyrie", Archiv f. Psychiatrie, XXXI, 1899, S. 566.

***) „Über umschriebene mikrogyrische Verbildung an der Grosshirnoberfläche und ihre Beziehungen zur Porencephalie". Archiv f. Psychiatrie, Bd. XXXIX, 1905, S. 676.

lediglich dem Intensitätsgrade nach verschieden, aufgefasst. Auch Anton nimmt an, dass die verschiedenartigen Endzustände durch verschieden weitgehende Resorption des erkrankten Gewebes zu erklären seien: Bei Porencephalie wird Alles resorbiert, bei den anderen Fällen hingegen eher das Nervengewebe als die Gefässe nnd Stützsubstanz. Freud und Rie sprachen sich dahin aus, dass vollständiger Verschluss eines Gefässes Porencephalie, unvollständiger nur Sklerosierung der Hirnrinde zur Folge habe.

Für eine Reihe von Fällen mag die Auffassung jedenfalls zutreffen, die aus diesen Erwägungen hervorgeht, dass eine prinzipielle Trennung entzündlich bedingter Rindenschrumpfung von den völligen Rindendefekten nicht durchführbar ist und auch für letztere eine Unterbrechung der normalen Blutzufuhr durch entzündliche Veränderungen angenommen werden muss.

Fraglich erscheint es nur, ob dies für alle Fälle von Porencephalie als letzte Grundlage angesehen werden darf.

Zingerle*) hat neuerdings im Anschluss an die eingehende Untersuchung von 3 Fällen mit Recht betont, dass der Prozess gewöhnlich multipel und weit ausgebreiteter ist, als nach dem makroskopischen Bild annehmbar schien. Er ist der Überzeugung, dass ursprünglich die porencephalischen Defekte gegen die Oberfläche abgeschlossen waren und sich Reste der Membran als gliöse Streifen noch nachweisen lassen. Die Meningealdecke über den Defekten ist sekundärer Natur. Bei Mikrogyrie ist Nachdruck zu legen auf eine ausserordentlich reiche Entfaltung der grauen Substanz ohne entsprechende Vermehrung der Markstrahlen; auch in den tieferen, dem Mark anliegenden Rindenschichten ist das Wachstum vielfach gesteigert. Von grosser Wichigkeit ist der Nachweis, dass der Erkrankungsprozess keineswegs ein bestimmtes Gefässgebiet betrifft, was entschieden für den entzündlicheu Ursprung der Affektion spricht.

Schüle**) hatte hydrocephalische Erkrankung in der fötalen Zeit als Grundlage aufgefasst, was aber wohl nur für eine be-

*) „Über Porencephalia congenita", Zeitschr. f. Heilkunde, XXV.

**) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band XXVI., S. 300.

schränkte Zahl von Fällen zutrifft. Binswanger*) hat eine Reihe von wichtigen Beiträgen zu diesen Fragen geliefert. Vor allem in der 2. Arbeit, die von dem Falle eines $10^1/_2$jährigen Mädchens mit erheblichen Defekten und Anomalien der Windungen ausgeht, insbesondere mit völligem Fehlen der Zentralwindungen links, daneben Mikrogyrie, sprach er sich im Sinne von Kundrat aus, dass als Veranlassung der ganzen Störung die mangelhafte Blutzufuhr und ungenügende Ernährung der Frucht angesehen werden müsse, unter Ablehnung der Auffassung von Klebs, dass durch abnorme Druckverhältnisse infolge krankhafter Uterus-Kontraktionen die Entwicklung der Frucht gestört sei. Allerdings lässt diese Auffassung solcher Fälle noch manche Frage zu, so vor allem nach der eigenartigen Lokalisation, warum bei der mangelhaft ernährten Frucht gerade die Blutzufuhr in das Hirn oder einzelne Teile desselben so bedenkliche Folgen haben soll, während die übrige Entwicklung des Organismus doch regelmäßig vor sich geht. Unter Anschluss an diese Auffassung, dass manche Fälle durch Funktionsstörung gewisser Gefässgebiete bedingt sind ohne die Mitwirkung einer entzündlichen Affektion, würden sich doch diese Fälle mit den zweifellos entzündlich verursachten Fällen von Mikrogyrie, atrophischer Sklerose usw. zusammenfassen lassen in eine Gruppe von Idiotie infolge von Hirnerkrankung vaskulären Ursprungs, sei es dass Gefässverschluss, sei es dass entzündliche Vorgänge eine Rolle spielen. Die definitive Entscheidung ist auch bei der mikroskopischen Untersuchung oft ungemein schwierig, weil in alten encephalitischen Fällen gewöhnlich die eigentlichen entzündlichen Erscheinungen, vor allem an den Gefässen, verschwunden sind. Allerdings finden sich manchmal neben den Spuren abgelaufener Prozesse auch noch frische Veränderungen.

---

*) „Über die Entstehung der in der Kindheit erworbenen halbseitigen Gehirnatrophie". Diss. Strassburg 1875.

„Über eine Missbildung des Gehirns". Virchow's Archiv, Band 87, S. 427, 1882.

„Über einen Fall von Porencephalie". Virchow's Archiv, Band 102, S. 13, 1885.

„Demonstration über Missbildung des Gehirns". Archiv für Psychiatrie, Band XII, S. 512.

(Zur Veranschaulichung dieser Ausführungen wurde zunächst eine Reihe von makroskopischen Tafeln demonstriert, die teils nach eigenen Präparaten, teils nach literarisch niedergelegten Fällen, insbesondere aus Bourneville's Sammlung, hergestellt sind. Weiterhin wurden zur Erläuterung der histologischen Verhältnisse mehrere Tafeln demonstriert, die mittels eines Vergrösserungsverfahrens von mikroskopischen Präparaten Alzheimers hergestellt worden sind; so van Gieson-Präparat: Encephalitischer Herd in der untersten Rindenschicht und den oberen Teilen der weissen Substanz, mit Gefässvermehrung und Zellanhäufung. Ferner atrophische Mikrogyrie (Nissl - Präparat): Durchschnitt einer Windung mit ausserordentlich intensiv geschrumpften Nervenzellen in völlig regelloser Anordnung bei zahlreichen zellleeren Stellen, reichlicher Glia, dagegen wenig Gefässen. Schliesslich atrophische Rinde (Nissl-Präparat), die zwar keine Schichten mehr erkennen lässt, aber wenigstens die sklerosierten Zellen in der normalen Richtung zeigt, dabei reichliche Glia, dazwischen zellarme Stellen.)

Idiotie bei Hydrocephalie.

Zwei weitere Gruppen häufiger Idiotiefälle, meist auf entzündlicher Basis, sind einmal die hydrocephalen und dann die meningitischen Fälle.*)

Nicht selten ist der Hydrocephalus kongenital, bildet doch in ca. 3000 Geburten einmal ein Hydrocephalus ein Geburtshindernis.**) In manchen Fällen liegt die Annahme einer Anlage-Anomalie am nächsten, so beim familiären Auftreten, wie es einmal bei 6 hydrocephalischen Geschwistern beobachtet wurde. Auch Missbildungen wie Spina bifida und Atresieen, dazu auch Heterotopieen***) wurden angetroffen, ferner Veränderungen von Kleinhirn, Brücke und Oblongata (Chiari). Bekanntlich kommen auch Fälle von Mikrohydrocephalie und von Hydranencephalie vor.

---

*) Friedrich Schultze, „Die Krankheiten der Hirnhäute und die Hydrocephalie". Wien 1901, in Nothnagel's spezieller Pathologie und Therapie, Bd. IX.

Anton, „Hydrocephalieen". Entwicklungsstörungen des Gehirns, in Flatau, Jacobsohn, Minor, Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems. Berlin 1904.

**) Mandl, „Hydrocephalus, mittelst forceps entwickelt". Wiener medizinische Presse, 1904, Nr. 24, S. 1327.

***) So in einem Falle von Zappert und Hitschmann, „Ueber eine ungewöhnliche Form des angeborenen Hydrocephalus". Jahrbücher für Psychiatrie, Band XVIII, 1899, S. 225.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist jedoch die entzündliche Grundlage im Bereich des Ependyms, des Plexus chorioideus und der Meningen zweifellos. Wodurch sie wieder verursacht wurde, ist eine weitere Frage; an erster Stelle steht hier als Ausgangspunkt der Alkoholismus der Eltern. Gewöhnlich ist der erworbene Hydrocephalus internus schon in der fötalen Zeit vorbereitet. Zu den entzündlichen Störungen, die eine Vermehrung des liquor cerebralis verursachen, meningitische Prozesse, Erkrankung des Plexus chorioideus und des Ependyms, treten dann Störungen des Abflusses des Liquor, durch Obliteration des Aquädukts usw. hinzu. Als weiteres Moment erwähnt Weber*) den verringerten Widerstand der Hemisphären.

Der Grad der Affektion schwankt ungemein, wohl auch beeinflusst durch das Alter bei Beginn des Leidens. Die Literatur kennt extreme Fälle von 110,8 cm Kopfumfang (Himly) bei einem 12jährigen usw.; Büttner's 31jähriger Patient hatte 106,6 cm Kopfumfang mit 20 Pfund Cerebrospinalflüssigkeit. Über den an einer Stelle erwähnten Fall von Monroe**) mit angeblich 167 cm Kopfumfang habe ich nichts Näheres finden können. Wichtiger als solche Raritäten sind Fälle von 60 bis 70 cm Kopfumfang im Kindesalter. Es können dabei noch die geistigen Fähigkeiten leidlich erhalten sein; Bourneville beschreibt einen Hydrocephalen mit 70 cm Kopfumfang, der wohl gelähmt war, aber ganz gute Intelligenz und Urteil erkennen liess. Kürzlich untersuchte ich in einer englischen Hilfsschule einen 13jährigen Hydrocephalen mit 60,5 cm Schädelumfang und dem auffallenden Zwergwuchs von 102,5 cm (statt 127,5), der geistig nur wenig zurückgeblieben war und körperlich rüstig in einer Schreinerei arbeitete. Tuczek und Cramer***) beschrieben einen Fall mit 75 cm Kopfumfang und 1850 ccm Hirnhöhlenflüssigkeit, der etwas sprechen lernte und noch konfirmiert werden konnte. Ein von Christian be-

*) „Zur Pathogenese des erworbenen Hydrocephalus". Archiv für Psychiatrie, Bd. XXXIX, S. 931.

**) Huguenin, „Akute und chronische Entzündung des Gehirns und seiner Häute". Ziemssen's Handbuch I, 1. Heft, 2. Aufl., S. 363.

***) „Ein Hydrocephalus ungewöhnlichen Umfangs". Archiv für Psychiatrie, Bd. XX, S. 354.

obachteter Fall hatte 70 cm Kopfumfang, lernte dabei leicht fremde Sprachen und zeigte schöpferisches musikalisches Talent.

Gewöhnlich ist jedoch bei mittleren Graden von irgend welcher Intelligenz keine Rede, die Kinder sind apathisch, leicht benommen, ernst, dabei körperlich hinfällig, anämisch, haben besonders in den Unterextremitäten Spasmen und Kontrakturen und neigen zur Erblindung.

In jenen Fällen pflegt die Hirnrinde in hohem Grade komprimiert zu sein, das ganze Organ sieht wie eine Blase aus, Moeli beobachtete Reste des Hirnmantels, die nur noch 0,5 mm dick waren. Die sekundären Veränderungen sind mannigfach; D' Astros fand sogar einmal das Fehlen des Kleinhirns.

Leichtere Grade von Hydrocephalie sind ungemein häufig, vor allem geringe Residuen wie etwa die Verwachsung der Hinterhörner. Meynert erhob bei 1169 Hirnsektionen Geisteskranker 474 mal diesen Befund, Zuckerkandl fand bei 127 untersuchten Schädeln in 27% hydrocephalischen Typus.

Schon Gratiolet hatte behauptet, dass ein gewisser Grad von Hydrocephalie für die geistige Entwicklung sogar günstig sei, eine Theorie, für die ja Fälle wie Helmholtz und Menzel angeführt werden könnten.

Bourneville*) beobachtete einmal Besserung bei Hydrocephalus, indem der Kopfumfang von 51,2 cm auf 50 sank. Besserung auf Grund operativen Eingriffes, vor allem der Lumbal- oder Ventrikelpunktion wurde nur selten behauptet, indes finden sich einzelne Fälle in der Literatur. So berichtet Böninghaus über operativ geheilte Fälle bei Meningitis serosa acuta.

Kurz sei auf die Fälle von partiellem Hydrocephalus verwiesen, etwa Abschnürung des Unterhorns durch entzündliche Adhäsionen, wahrscheinlich tuberkulöser Art, wie in einem Falle von Cramer**). Selten ist Erweiterung des 4. Ven-

---

*) Bourneville und Noir, „De quelques formes de l'hydrocéphalie (Idiotie hydrocéphalique et ses variétés)". Recherches etc., Bd. XIV, 1894, S. 175, Beobachtung 3.

**) „Über isolierte Abschnürung des Unterhorns und seine klinischen Folgen". Archiv für Psychiatrie, Bd. XXXIX, S. 929.

trikels, nur einmal wurde sie von Bourneville konstatiert.

Auf sekundären Hydrocephalus bei Paralyse, Tumor usw. kann ich hier nicht eingehen.

Idiotie bei Meningitis.

Eine weitere entzündliche Grundlage der Idiotie bilden die Formen der Meningitis. Oft genug stellt sie nur eine Begleiterscheinung der Encephalitis dar. In Bourneville's Fällen findet sich manchmal die Kombination mit atrophischer Sklerose oder Mikrogyrie.

Die tuberkulöse Meningitis führt meist rasch zum Tode, doch findet sich bei Bourneville ein Fall mit käsigen Knoten in den Häuten, Granulationen der fossa Sylvii usw., was kaum anders denn als tuberkulös aufzufassen ist.

Das Gros der Fälle, bei denen die Meningitis die Hauptrolle spielt, gehört in den Bereich der Syphilis hereditaria. Häufig ist dabei die Pia mit der grauen Substanz verwachsen, so dass sich mit der Pia die ganze graue Rinde abheben lässt, und daraufhin die weisse Substanz gewissermaßen skeletiert bloss liegt. Das Hirngewicht ist gelegentlich beträchtlich verkleinert. Zu berücksichtigen ist, dass sich manchmal bei demselben Falle alte und neue meningitische Veränderungen finden.*) Oft genug bringt die ererbte Syphilis auch Hydrocephalie mit sich.**)

Alzheimer***) erwähnt, dass unter derartigen Fällen manchmal der Befund in ganz besonders ausgesprochener Weise an Paralyse erinnert, wie überhaupt auch unverhältnismäßig häufig Idioten und Imbecille von Paralyse betroffen werden.

Mit den infantilen Paralysen, die auch in den Idiotenanstalten vereinzelt vertreten sind, können wir uns hier nicht eingehender beschäftigen. Ebensowenig soll hier auf die angeborene Syphilis mit späterer Lokalisation im Zentralnerven-

---

*) Bourneville und Noir, Recherches etc., Band XIII, S. 164.
Bourneville und Leriche, Recherches etc., Band XVI, S. 1.

**) Vergl. Hochsinger, „Die Beziehungen der hereditären Lues und Hydrocephalie". Wiener Klinik, Berlin-Wien 1904.

***) „Einiges über die anatomischen Grundlagen der Idiotie". Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1904, S. 497.

system eingegangen werden. Zu beachten ist, dass Siemerling*) den auffallenden Fall eines 12jährigen Mädchens beschrieb, das ausgedehnte Gummibildungen des Zentralnervensystems aufwies, ohne im übrigen eigentlich idiotisch zu sein.

Idiotie bei tuberöser hypertrophischer Sklerose.

Unter den degenerativen, nicht entzündlichen Gruppen der Idiotie sei als eine besondere Gruppe hervorgehoben die sogenannte tuberöse hypertrophische Sklerose.

Anfangs der 80er Jahre wurden von Bourneville**), Brissaud, Hartdegen***), Pollak†), dann Brückner††), Wildermuth, Schüle, Fürstner†††) Fälle beschrieben, die sich klinisch durch Defekte von den ersten Jahren ab, geringe Fortschritte, schliesslich Rückschritte bis zur tiefsten Demenz, ferner durch massenhafte epileptische Anfälle und schliesslich den Tod charakterisierten. Das Hirn zeigt an Windungen und Seitenventrikeln Inseln von verschiedener Grösse und Zahl, mit glatter Oberfläche, von fester Konsistenz und einer helleren Farbe. Wildermuth fand unter 100 Idiotenhirnen 6mal eine derartige Form.

Die nervösen Elemente fehlen vollständig in den sklerosierten Partieen, die Inseln bestehen im wesentlichen aus dichten Gliamassen mit wenig vermehrten Kernen, aber viel Fasern und Spinnenzellen, ohne besonders lebhafte Vaskularisation. Wohl ist dabei manchmal eine Meningitis zu konstatieren.

---

*) „Zur Lehre von der kongenitalen Hirn- und Rückenmarkssyphilis". Archiv für Psychiatrie, Band XX, S. 102.

**) Bourneville und Noir, „Sclérose tubéreuse ou hypertrophique des circonvolutions cérébrales". Recherches etc., 1882, S. 1.

***) Hartdegen, „Ein Fall von multipler Verhärtung des Grosshirns nebst histologisch eigenartigen harten Geschwülsten der Seitenventrikel (Glioma gangliocellulare) bei einem Neugeborenen". Archiv für Psychiatrie, Band XI, S. 117.

†) Pollak, „Kongenitale, multiple Herdsklerose des Centralnervensystems". Archiv f. Psychiatrie, Bd. XII, S. 157.

††) „Über multiple tuberöse Sklerose der Hirnrinde". Archiv f. Psychiatrie, Bd. XII, S. 550.

†††) Fürstner, „Weitere Mitteilungen über Gliose der Hirnrinde". Archiv f. Psychiatrie, Bd. XVI, S. 851.

Manche Autoren sehen die Ursache der ganzen Erscheinung in einer Leptomeningitis, andere glauben an einen sehr langsamen chronischen Entzündungsprozess. Pellizzi, Sachs und andere denken an eine Anomalie in den histogenetischen Verhältnissen. Dafür könnte das Vorkommen von Nervenzellen in der weissen Substanz, von Riesenzellen embryonaler Struktur in der Rinde und weissen Substanz geltend gemacht werden.

Das Fehlen entzündlicher Erscheinungen im gewöhnlichen Sinn kommt ja auch bei Tumoren vor. Perusini*) wies neuerdings darauf hin, dass auch die nichtknotigen Partieen des Hirns histologisch verändert sind und dass es sich eigentlich um eine diffuse Störung handelt.

Möglicherweise verwandt mit diesen Fällen sind die von Fürstner und Stühlinger**) als Gliose mit Höhlenbildung in der Hirnrinde beschriebenen bei älteren Personen, die lange Zeit psychotische und besonders epileptische Symptome dargeboten hatten. Auch die Fälle von diffuser Gliose, wie Neurath einen beschrieb, und der von Buchholtz***), in dem die Rinde von stecknadelkopfgrossen Höckerchen mit einem winzigen Hohlraum in der Mitte durchsetzt war, scheinen wohl mit jener Form verwandt zu sein.

Mongoloide Idiotie.

Eine ganz eigenartige, noch in allen deutschen Lehrbüchern etwas vernachlässigte Form von Idiotie ist der sogenannte mongolische Typus oder Mongolismus, auch kalmückische oder tartarische Idiotie benannt. In den 70er und 80er Jahren wurde von Fraser und Langdon Down die Aufmerksamkeit auf diese Form gelenkt, die vor allem in England häufiger vorkommt, so dass sie dort 5% oder noch mehr von allen Idiotenanstaltsinsassen ausmacht. In Deutschland, Österreich, Frank-

*) Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1905, Bd. XVII Heft 2—4.

**) „Gliose und Höhlenbildung in der Hirnrinde". Archiv für Psychiatrie, Bd. XVII, S. 1.

***) „Beiträge zur pathologischen Anatomie der Hirnrinde". Archiv für Psychiatrie, Band XIX, Seite 591.

reich, Russland, Italien ist sie in den Anstalten seltener, aber immerhin von einer gewissen Wichtigkeit, weil die Fälle doch eben gelegentlich vorkommen und äusserlich Ähnlichkeit mit myxödematösen haben, weshalb sie zu zweckloser Schilddrüsenbehandlung verleiten könnten.**)

Es handelt sich um Kinder, die durch schief gestellte Augen, Epicanthus, breiten, eingedrückten Nasenrücken und vorstehende Backenknochen auffallen. Die äussere Ähnlichkeit der Kinder ist so gross, dass oft bei Anstaltsbesuchen die Eltern ihr eigenes Kind nur schwer herauskennen.

Ein eigentümliches Syndrom tritt zu dieser physiognomischen Eigenart: Eine abnorme Biegsamkeit der Gelenke, so dass die Finger und Zehen gewöhnlich bis zu einem spitzen Winkel nach dem Hand- und Fussrücken hin gebogen werden können. Gerne sitzen die Kinder mit untergeschlagenen Beinen. Ausserdem findet sich eine eigenartige seitliche Einknickung der vordersten Phalanx des kleinen Fingers. Fernerhin ist die Zunge lang und mit auffallend starken papillae foliatae und vielfach tiefen und breiten Querrinnen versehen. Weiterhin sind die Ohren meist missgestaltet, oft in Wildermuth'scher Form, oder mit mangelhaften Ohrläppchen usw.; dabei sind kongenitale Missbildungen der inneren Organe nicht selten, angeborene Herzfehler, Atresieen, Hydronephrose usw. Auch Nabelhernie ist häufig. Die Haut ist weich, trocken, blass, aber nicht myxödematös; die Gesichtsfarbe ist vielfach frischer. Das Skelett bleibt nur wenig hinter der Norm zurück und zeigt im Röntgenbild rechtzeitige Ossifikation. Der Zustand ist oft schon gleich nach der Geburt zu erkennen. Später kränkeln die Kinder leicht, Blepharitis sowie wunde Nasen und Mundränder sind ungemein häufig. Die meisten sterben früh an Tuberkulose. Unter ca. 90 mongoloiden Fällen, die ich kürzlich, vorzugsweise in England, untersuchen konnte, traf ich einen aussergewöhnlich alten von 54 Jahren.

Psychisch fallen die Mongoloiden auf durch ein ruhiges Verhalten, sie schreien sehr wenig, sind wohl etwas ängstlich,

**) Vergl. Kassowitz, Infantilis Myxödem, Mongolismus und Mikromelie. Wien 1902.

im ganzen aber heiterer Stimmung und zu kleinen Scherzen recht geneigt. Die Intelligenzstufe bewegt sich zwischen Imbecillität und bildungsfähiger Idiotie. Vielfach findet sich Echolalie.

Das Hirn zeigt nach Befunden von Bourneville und Shuttleworth ziemlich einfachen Windungsbau, wie das eines Neugeborenen. Mikroskopisch behaupteten Philippe und Oberthür etwas Verdickung der Pia und Gefässreichtum, aber keinerlei entzündliche Erscheinungen an den Gefässen, die Rinde ist etwas schmal, die Nervenzellen rarefiziert, klein, vielfach abgerundet, ihre Gruppierung ist regelmäßig; die markhaltigen Fasern sind dünn und wenig entwickelt; die Glia kann nicht als vermehrt bezeichnet werden. Andre Untersucher, so Otto Ranke*), erhoben negativen mikroskopischen Befund.

Hinsichtlich der Deutung der Affektion dachte man an Lues hereditaria, doch fehlen dafür triftige Anhaltspunkte, auch wäre nicht zu verstehen, warum in England mehr Mongoloide sind als anderwärts, obwohl doch die Lues dort nicht häufiger ist. Bourneville sucht die Ursache in der Schilddrüse, was aber bei dem Misserfolg der Thyreoidin-Behandlung unwahrscheinlich ist; wenn wirklich Philippe und Oberthür Schilddrüsenveränderungen gefunden haben, so braucht darin noch keineswegs die Ursache gesehen zu werden; andere Beobachter fanden die Schilddrüse normal. Am wahrscheinlichsten handelt es sich um eine degenerative Anlage, dafür spricht der einfache Bau des Hirn, die Missbildung innerer Organe und dann auch der Umstand, dass es sich vielfach, so noch bei einem kürzlich von mir in Würzburg gefundenen Falle, um das letzte Kind einer kinderreichen Familie oder um Kinder ziemlich bejahrter Eltern handelt. (Es wird die Tafel eines Hirns nach Bourneville sowie das charakteristische Porträt eines Falles aus Würzburg demonstriert.)

Kleinere Gruppen.

In aller Kürze seien noch einige kleinere Gruppen erwähnt. Manche harren noch der Deutung, andere müssen bei kritischer Prüfung abgelehnt werden.

---

*) Fromm, „Sektionsbefund bei einem Fall von Mongolismus,“ Monatsschrift für Kinderheilkunde, IV, Nr. 5.

Epilepsie als sekundäre Störung ist etwas ungemein häufiges bei den verschiedenen Formen von Idiotie, auf Grund von Encephalitis, Meningitis, hypertrophischer Sklerose, Hydrocephalie usw.; recht selten ist sie jedoch bei Kretinen und Mongoloiden. Nahezu die Hälfte der mit deutlichen körperlichen Symptomen einhergehenden Fälle zeigen epileptische Symptome. Das klinische Bild solcher epileptischen Zustände ist nicht nennenswert verschieden von der Epilepsie des Kindesalters, die Krampfanfälle, die Schwindelzustände, der epileptische Charakter sind zu beobachten, während psychische Äquivalente bei beiden selten sind.

Zweifellos spielt auch die genuine Epilepsie beim Zustandekommen kindlichen Schwachsinns eine grosse Rolle, ohne dass Mikrocephalie, Hydrocephalie usw. vorliegt, so gut wie wir auch bei Erwachsenen, die etwa in der Pubertät epileptisch wurden, oft genug sekundäre Demenz entstehen sehen; wie oft im Kindesalter, darüber gehen die Statistiken weit auseinander, nach Kellner sind 90% psychisch defekt, nach Kraepelin wenigstens mehr als 50%. Bei meinem Material von 70 epileptischen Schulkindern*), die sich meist zur poliklinischen Behandlung eigneten, war nur 1/4 schwachsinnig in verschieden hohem Grade.

Zu beachten ist, dass auch die epileptischen Idioten sich gewöhnlich durch torpides Verhalten auszeichnen, dabei aber in Pedanterie, Hartnäckigkeit, Widerspenstigkeit den epileptischen Charakter erkennen lassen, während Dämmerzustände viel seltener sind als bei Erwachsenen. Immerhin kommt nach dem Verschwinden der Anfälle manchmal eine überraschende Zunahme der geistigen Fähigkeiten zur Beobachtung, selbst in den 20er und 30er Jahren noch.

Von den wenigen Hirnrindenbefunden der Epilepsie ist wenigstens die Gliakappe auch bei epileptischen Idioten anzutreffen. Bei den im Status epilepticus Gestorbenen sind Kernteilungsfiguren der Glia häufig; die Tangentialfasern schwinden. Makroskopisch wird eine rauhe Oberfläche der Windungen, wie Filtrierpapier, beobachtet.

(Eine entsprechende histologische Tafel wird demonstriert.)

---

*) Weygandt. „Epileptische Schulkinder". Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, 1904, Nr. 27—29.

In nicht seltenen Fällen von Idiotie ohne deutliche körperliche Defekte findet sich bei makroskopisch intaktem Gehirn unter dem Mikroskop eine beträchtliche Gliawucherung.

Rein mechanische Ursachen der Idiotie sind ungemein schwierig zu beurteilen. Die früher vielfach behauptete Wirkung einer frühzeitigen Verknöcherung der Schädelkapsel mit all ihren operativen Perspektiven ist abgetan. Aber auch das Schädeltrauma, das noch oft in den unsicheren Anamnesen eine Rolle spielt, ist in seiner Bedeutung noch keineswegs über jeden Zweifel erhaben. Vor allem die Angaben über Kompression des Schädels bei Zangengeburten, mit der Annahme einer Zerreissung des Sinus sagittalis, bedürfen noch sehr der Nachprüfung.

Auf den kindlichen Schwachsinn infolge von Hirngeschwülsten und Hirntuberkeln oder etwa Sclerosis multiplex gehe ich nicht ein.

Die sogenannte Chondrodystrophie*) oder Mikromelie, die Virchow Anlass zur Verwechslung mit dem Kretinismus gab**), führt gewöhnlich nicht zum Schwachsinn, doch hat neuerdings Förster***) einen Fall aus Bicêtre beschrieben, der mit 21 Jahren noch auf der Stufe eines kleinen Kindes stand und eine eigenartige Sprachstörung zeigte.

Die Beurteilung der mit chronischer Chorea, Athetose und Little'scher spastischer Parese verbundenen Fälle von Idiotie ist besonders schwierig. Möglicherweise sind sie verwandt mit der Gruppe der Encephalitis. Zu beachten ist, dass der Grad des Schwachsinns infolge der Erschwerung der Verständigung gewöhnlich tiefer erscheint, als er tatsächlich. ist.

Noch wenig erforscht sind die Fälle der von Bourneville†) sogenannten Idiotie polysarcique, Idiotie mit enormer Fettleibigkeit und gewöhnlich Zwergwuchs, die auch

*) Kaufmann, „Untersuchungen über die sogenannte fötale Rhachitis (Chondrodystrophia foetalis)". 1897.

**) Weygandt, „Über Virchow's Kretinentheorie". Neurologisches Centralblatt, 1904.

***) „Beiträge zur Pathologie des Lesens und Schreibens beim Imbecillen", Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1904.

†) Recherches etc., Bd. XI, 1891, S. 206.

in deutschen Anstalten vereinzelt zu finden ist; vor 2 Jahren sah ich einen derartigen Fall in der oberbayerischen Anstalt zu Ecksberg.

Nicht eingehen kann ich auf die leichteren Schwachsinnsgrade des sogenannten Type Lorain: Schon 1871 wurden tuberkulöse Individuen mit verharrendem kindlichem Habitus und Intelligenzschwäche beschrieben; auch auf Grund von Malaria sowie auf angiodysplastischer Basis, in Verbindung mit angeborenem Herzfehler, Pulmonal- und Mitralstenose, wurden Fälle von Infantilismus und geistiger Minderwertigkeit festgestellt, neuerdings von Ferannini.*)

.Eine Form von klinischem Interesse beschrieb Fürstner**) als sensorielle Idiotie. Bei geringen körperlichen Defekten waren die Sinnesfunktionen ausserordentlich reduziert, dabei bestand eine fortwährende Unruhe, so dass hemmende Momente in den zuführenden sensoriellen Bahnen und ihren Verbindungen nach den motorischen Gebieten hin angenommen werden mussten. Als Ursache war Hydrocephalie wahrscheinlich.

In einem Falle, den ich der Schweriner Anstalt verdanke, war ein Idiot unter zahlreichen Krämpfen zu Grunde gegangen. Die Sektion ergab in den Hemisphären an der Grenze zwischen grauer und weisser Substanz disseminierte, kleine, verhärtete Herde. Bei dem Fehlen der Anzeichen für eine frühere Entzündung möchte ich den Fall nicht einreihen unter die gelegentlich angetroffenen Fälle einzelner Kalkkonkremente in alten encephalitischen Herden. Mikroskopische Untersuchungen des entkalkten Präparates zeigen, dass in kleinen Kugeln sich die feste Substanz anlegt, aber offenbar nicht von den Gefässen ausgehend. Chemische Prüfung der Konkremente im physiologischen chemischen Institut der Universität Würzburg durch Dr. Gürber führte zu der Auffassung, dass es sich um Neu-

---

*) „Ueber von der Schilddrüse unabhängigen Infantilismus". Archiv für Psychiatrie, XXXVII, 1904, S. 206.

Dupré und Pagniez, „Infantilisme dégénérativ (Type Lorain), compliqué de Dysthréoidie puérale (Type Brissaud)". Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1902.

**) Archiv für die öffentliche Gesundheitspflege in Elsass-Lothringen, 1902, S. 233.

rokeratingebilde handelt. Der Fall, für den ich in der Literatur kein Analogon gefunden habe, zeigt anschaulich, wie sehr noch vollständig eigenartige Befunde bei einer konsequenteren Verwertung des Idiotenmaterials zu erhoffen wären.

(Demonstration einer Tafel mit mikroskopischer und makroskopischer Abbildung des Befundes.)

. Zum Schlusse seien noch einige Versuche anderer Gruppenbildungen erwähnt, denen gegenüber ein ablehnendes oder abwartendes Verhalten geboten erscheint.

Ireland*), der die stattlichste Monographie über Idiotie geliefert hat, schildert die Idiocy by deprivation, den Schwachsinn infolge von Sinnesmangel, Blindheit, Taubheit oder ihren Kombinationen. Nun sind allerdings 7—8% Idioten angeboren blind oder sie erblinden in früher Jugend, ein etwas geringerer Prozentsatz ist taubstumm oder schwerhörig; von den 1880 in den Vereinigten Staaten festgestellten 256 Taubstummblinden waren nicht weniger als 217 idiotisch. Aber wenn wir die bekannten Fälle von Laura Bridgeman oder Helen Keller berücksichtigen, die trotz Taubstummblindheit sich doch zu intelligenten Menschen entwickelten, dann müssen wir gestehen, der Sinnesmangel allein bedingt keineswegs die Idiotie, sondern er ist in manchen Fällen lediglich Begleiterscheinung des Intelligenzdefektes.

Die sogenannten Wolfs boys, durch Mangel jeder Erziehung und durch Verwilderung entstandene Fälle von Idiotie und Imbecillität, liegen für uns in Deutschland, das fast keine Analphabeten mehr kennt, durchaus fern. Wahrscheinlich hat es sich bei ihnen, so wie bei dem Wilden von Aveyron oder bei Kaspar Hauser, auch um pathologische Individuen, um verwilderte, der menschlichen Gesellschaft entlaufene Imbecille gehandelt.

Damit soll nicht geleugnet werden, dass auch heute noch bei vielen Schwachsinnigen infolge vernachlässigter Behandlung und Erziehung der Zustand trauriger ist, als es nötig wäre. Bei einem meiner Fälle**) handelte es sich um einen Idioten, der mit 25

*) „The mental affections of children, idiocy, imbecillity and insanity", London 1900, 2. Aufl.

**) „Ein Fall von tiefstehender Idiotie mit Skelettveränderung". Münchener medizinische Wochenschrift, 1901.

Jahren der schlimmsten Verwahrlosung entrissen wurde. Der Schädel des nunmehr 36jährigen ist fast hinreichend gross, die Körperlänge gering, doch durch erhebliche Kontrakturen noch weiter reduziert. Es besteht eine statische Skoliose, ferner eine ganz schlecht, spitzwinklig geheilte Fraktur des Unterschenkels. Psychisch fällt auf, dass der Patient ausgezeichnet aufmerkt, aber nie spontan sich auszudrücken versucht. Wenn auch, vor allem im Hinblick auf die ähnlich degenerierten Verwandten, die Affektion als auf kongenitaler Basis beruhend anzusehen ist, wäre doch bei rechtzeitiger Pflege ein weiteres Fortschreiten der geistigen Entwicklung durchaus denkbar gewesen, abgesehen von einer ordentlichen Heilung des jede Gehmöglichkeit nehmenden Unterschenkels.

Barr*) erwähnt in seinem neuerdings erschienenen Werke noch den Negroid Type, den Negertypus, und den American Indian Type, den Indianertypus. Beide aber sind lediglich auf Grund äusserlicher physiognomischer Anklänge aufgestellt und können somit nicht mit unserm mongoloiden Typus verglichen werden, der ausser durch die Physiognomie auch durch ein eigenartiges Syndrom und durch die degenerativen Merkmale, abgesehen von dem Zustand des Hirns, sich als eine wirkliche Krankheitsgruppe charakterisiert.

Sommer beschreibt in seiner „Diagnostik“ eine Form von angeborenem, degenerativem Schwachsinn, der auf frühzeitigem Stillstand in der Entwicklung der cerebralen Funktionen bei anatomischer Intaktheit des Organs beruhe. Die 3 Fälle, die als Vertreter dieser Gruppe geschildert werden, sind jedoch noch am Leben. Vielleicht empfiehlt es sich, die Frage in der Schwebe zu lassen und abzuwarten, ob die anatomische Intaktheit des Organs bei diesen angeborenen Schwachsinnigen sich auch durch die Sektion und exakte mikroskopische Untersuchung bestätigen lässt.

Neuerdings möchte Kraepelin die unzugänglichen, störrischen Idioten mit Haltungsstereotypien, Manieren und Schrullen, rhythmischen Bewegungen usw. als Frühformen der Dementia praecox auffassen. Ich kann dieser Ansicht nicht

*) „Mental defectives, their history, traitment and training“. London 1904.

folgen, denn dieselben Manieren trifft man auch bei Idioten, deren anderweitige Ätiologie durch Encephalitis, Mikrocephalie usw. klar am Tage liegt; weiterhin ist zu gestehen, dass vor allem bei tiefstehenden Idioten solche Erscheinungen vorkommen, bei Imbecillen gewöhnlich nicht, während die Frühformen sich doch eher in leichter Weise zeigen müssten. Wohl werden manche Imbecille später hebephrenisch oder katatonisch, aber einzelne auch zirkulär oder paralytisch.*) Schliesslich finden wir rhythmische Bewegungen, eigenartige Haltungen usw., die an Katatonie erinnern, auch bei vielen gesunden Kindern in ganz frühen Lebensaltern. Ich möchte glauben, dass hier wie bei den Idioten diese Bewegungen und Haltungen auf einer gemeinsamen Basis, der einer ungeordneten Entladung von psychomotorischen Antrieben, zu erklären sind. Der Begriff der Dementia praecox ist ja für eine Reihe von Geistesstörungen zweckmäßig, aber ihn nun auf noch weitere Fälle auszudehnen, erscheint wenig ratsam, spricht doch Kraepelin neuerdings selbst**) von dem „übergrossen Gebiet der Dementia praecox". Vorläufig ist es deshalb wohl zweckmäßig, zu warten, bis die pathologische Anatomie einmal in der Lage ist, Verwandtschaften zwischen Idiotie und Dementia praecox aufzudecken.

In raschem Fluge sind wir nun durch das grosse Gebiet der Idiotie geeilt, das psychologisch, klinisch und auch therapeutisch eine gemeinsame Basis besitzt, während es ätiologisch und pathologisch-anatomisch in zahlreiche, ungemein verschiedene Gruppen auseinanderfällt. Dabei handelt es sich zum Teil um Krankheitsursachen, die bei leichterer Einwirkung keineswegs immer zum Schwachsinn führen müssen, wie z. B. die Epilepsie, die Encephalitis, die Hydrocephalie. Zu betonen ist, dass die Fälle, nachdem einmal der krankhafte Prozess akuter Art abgelaufen oder bei Bildungshemmung die Grenze der Entwickelungsfähigkeit erreicht ist, nun

*) vergl. auch Kreusser, „Einige Beobachtungen über Geistesstörungen bei Schwachsinnigen und Epileptischen". Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer, 1885, Band I, S. 87.

**) „Einführung in die psychiatrische Klinik". 2. Auflage, Leipzig 1905.

In Deutschland waren in jener Zeit zunächst Bestrebungen in der Kretinenfrage erwacht. Es ist zu betonen, dass die erste Periode von Anstaltsversuchen für schwachsinnige Kinder in Deutschland, bis etwa um das Jahr 1850, besonders von ärztlicher Seite Anregung empfing. Dr. med. Iphofen hatte in den ersten Jahrzehnten die Erforschung des Kretinismus lebhaft gefördert. Eine Erziehungsschule für Kretinen, die Lehrer Goggenmoos in Salzburg errichtete, bestand nur von 1828—1835. Dann versuchte Pfarrer Haldenwang 1835 zu Wildenberg in Württemberg eine Kretinenanstalt zu gründen. Kern, der 1839 in Eisenach eine Idiotenanstalt eröffnete, die später nach Möckern bei Leipzig verlegt wurde, studierte noch Medizin, ebenso gingen Dr. Heyer und Dr. Kind auf Grund ihrer Beschäftigung mit schwachsinnigen Kindern zur Medizin über.

Lebhafte Anregung ging aus von der Gründung der Kretinenanstalt des Arztes Dr. Guggenbühl auf dem Abendberg bei Interlaken 1841, der freilich infolge marktschreierischer Reklame mit angeblichen Heilerfolgen viele Gegner erwarb.

Dr. med. Erlenmeyer richtete in den 40er Jahren bei seiner Irrenanstalt in Bendorf eine Abteilung für blöde und schwachsinnige Kinder ein.

1842 stiftete der Arzt Hansen eine Anstalt in Schleswig.

1845 eröffnete Taubstummenlehrer Sägert in Berlin ein Institut, 1846 wurde auf Betreiben des sächsischen Bezirksarztes Ettmüller in Hubertusburg eine Idiotenabteilung eingerichtet.

Auf Anregung des Dr. med. Rösch in Württemberg, der sich um die Erforschung des Kretinismus grosse Verdienste erwarb, wurde 1847 in Mariaberg eine Anstalt unter Leitung des Arztes Dr. Krais errichtet, zu dessen Nachfolgern auch einige Zeit der hervorragende Psychiater Griesinger gehörte. Bald darauf, 1848 entstand in Rieth eine Anstalt, deren Arzt und Hausvater Dr. Müller war, die später nach Winterbach und Stetten verlegt wurde. Bei Stuttgart eröffnete ein Lehrer Helferich, der bei Guggenbühl tätig war, eine Anstalt Bellevue mit dem Hausarzt Hedinger.

1845 wurde in Schreiberhau eine Anstalt gegründet.

In Baden empfahl Generalstabsarzt Dr. W. Meier Ende der 40er Jahre die Gründung einer eigenen Anstalt für Kretinenkinder auf das wärmste und der Psychiater Roller zu Illenau ermahnte die Irrenärzte, für schwachsinnige Kinder tätig zu sein, da ihrem Wirkungskreise die Sorge für diese Armen doch am nächsten liege. 1852 betont er gegenüber dem Pfarrer Blumhard in Würzburg, der psychisch Kranke behandeln wollte, ganz energisch, „dass da, wo Kranke der Heilung wegen aufgenommen werden, ein Arzt verantwortlich sein müsse".

Die folgenden Jahrzehnte sahen eine stattliche Reihe von Anstaltsgründungen, vorzugsweise grösserer Anstalten für mehrere hundert Insassen, wozu vor allem von geistlicher Seite Mittel gesammelt wurden. Hier und da trat in einer grösseren Stadt auch ein Verein gemeinnütziger Bürger zur Gründung einer Anstalt zusammen, vielfach auf die Anregung von ärztlicher Seite, wie in Unterfranken durch Regierungsmedizinalrat Dr. Schmitt, der dadurch die Erhaltung der Anstalt Josefshaus in Gemünden erleichterte. Von den grösseren Anstalten geistlicher Körperschaften, unter denen vor allem in protestantischen Landesteilen die innere Mission tätig war, sei genannt Ecksberg*) in Oberbayern (1852), Neuendettelsau in Mittelfranken (1854), München-Gladbach (1859), Kraschnitz in Schlesien (1860), Neuerkerode in Braunschweig (1862), Alsterdorf**) bei Hamburg (1863), Kückenmühle bei Stettin (1863), Deybach im bayerischen Kreise Schwaben (1869), Ursberg im bayerischen Kreise Schwaben (1884) usw.

In diesen Anstalten waren Ärzte nicht vertreten oder nur in einer geduldeten Stellung als „Hausärzte", lediglich mit der Aufgabe, bei körperlichen Krankheiten einzugreifen.

1874 wurden durch Schulrat Stötzner und Pastor Sengelmann die Konferenzen für Idiotenheilpflege gegründet.

---

*) „Ein Priester und ein Arzt — Josef Probst und Dr. Max Medicus — haben diese Anstalt vor 20 Jahren mit nichts begonnen", schrieb der verdiente Gründer nnd Leiter, geistl. Rat Probst 1872.

**) J. P. Gerhardt, „Zur Geschichte und Literatur des Idiotenwesens in Deutschland". 1904, Selbstverlag, zu beziehen durch die Alsterdorfer Anstalten.

Es ist als ein verdienstliches Werk anzusehen, dass in Jahrzehnten, in denen die öffentlichen Mittel durch die notwendige Errichtung von Irrenanstalten stark in Anspruch genommen waren, doch durch Anrufung der Privatwohltätigkeit jene stattliche Reihe von Anstalten geschaffen und somit Fürsorge für Tausende von unglücklichen Kindern geboten wurde. Von den Besserungserfolgen abgesehen, bedeutet schon die Unterbringung und Verpflegung für die Idioten einen segensreichen Fortschritt. Das Los der im Lande verstreuten Idioten war vielfach das erdenklich elendeste. So sind mir Fälle bekannt, die endlich in Anstalten gebracht wurden, nachdem sie zu Hause in einem Winkel, von Läusen bedeckt, ihr Leben gefristet hatten oder sich ständig auf der Strasse herumtrieben und durch anhaltendes Masturbieren Ärgernis erregten. Herberich*), der Leiter der unterfränkischen Anstalt S. Josefshaus zu Gemünden, berichtet, dass idiotische Kinder zu Haus in der hinteren Stube, ja in dem Schweinestall eingeschlossen worden waren; in einem Falle hat ein Knabe mit verkrüppelten Beinen in einer Kiste eingeschlossen wie ein Tier leben müssen. Barthold sah einen Jungen, der im Hundestall untergebracht war. Auf einer Studienreise in den italienischen Alpengegenden traf ich eine Kretinenfamilie, die in der Ruine einer Fabrik hauste und dort als gemeinsame Lagerstätte für Mutter, erwachsene Tochter und Sohn eine grosse Kiste mit Stroh besass.

Welchen Zustand der Mangel jeder Unterbringungsgelegenheit für Idioten hervorbringt, konnte ich in Spanien sehen, wo diese Geschöpfe vielfach zum Betteln angehalten werden und in den Hauptstrassen von Madrid z. B. ein idiotisches Mädchen auf einem Karren herumgeschleppt wird, das unter Speichelfluss seine rhythmischen Bewegungen macht und durch ein Plakat „Stumm, blind und gelähmt“ zu Almosen auffordert. Solchen Umständen gegenüber bedeutet die Errichtung jener grossen Reihe von Idiotenanstalten in Deutschland eine recht anerkennenswerte Leistung. Ob aber etwas ganz Vollkommenes geschaffen ist oder ob weitere Besserung wünschens-

---

*) Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer. Bd. XI, S. 85.

wert erscheint, das ist eine andere Frage. Das Bessere wäre eben auch hier dem Guten überlegen.

Dabei darf nicht vergessen werden, dass es keineswegs bloss milde Spenden sind, aus denen die Anstalten erbaut und erhalten wurden, sondern dass auch die Behörden, statt eigene öffentliche Anstalten zu errichten, öfter beträchtliche Geldmittel, die mehrfach bis in die Hunderttausende stiegen, an bestehende Privatanstalten gaben.

Die jüngste Periode des Idiotenanstaltswesens beginnt nun mit dem Erlass gesetzlicher Bestimmungen; so in Sachsen, wo im Volksschulgesetz vom 26. April 1873 auch für die schwachsinnigen Kinder Vorkehrungen getroffen sind; in Preussen besonders mit dem Gesetz vom 11. Juli 1891. Ein hervorragender Psychiater, Schüle*), hatte schon vor 20 Jahren als natürlich vorausgesetzt, „dass eine Idiotenanstalt unter ärztlicher Leitung und staatlicher Oberaufsicht stehe; der erstere Punkt ist jetzt schon", drückte er sich aus, „unseres Erachtens absolutes Erfordernis".

Das preussische Gesetz vom 11. Juli 1891, betr. die ausserordentliche Armenlast, stellt zunächst eine teilweise Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Bundesgesetzes über den Unterstützungswohnsitz vom 8. März 1871 dar; der Ausgangspunkt liegt also im finanziellen Bereich, es sollte eine Entlastung der Ortsarmenverbände herbeigeführt werden. Der Abgeordnete Dr. med. Krause betonte im preussischen Abgeordnetenhause (29. Januar 1891), dass das Gesetz der Menschlichkeit, der Humanität dient und die unglücklichen Irren, Idioten usw. einer besseren, menschlicheren Behandlung entgegenführe. Als ein Fortschritt ist auch entschieden die endgiltige Fassung anzusehen: „Die Land-Armenverbände sind verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, soweit dieselben der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen."

Allerdings sollte man von ärztlicher Seite eine genauere Definierung des Begriffes der „geeigneten" Anstalt wünschen.

---

*) Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer 1885, Bd. I, S. 82.

Das wurde schon damals empfunden, die Kommission hatte die Fassung gewünscht „in eigenen Anstalten“; der Abgeordnete Dr. Würmeling trat im Plenum dagegen auf, Abgeordneter von Rauchhaupt wünschte dringend die Betonung der „eigenen“ Anstalten und Dr. med. Langerhans äusserte, dass die ganze Wohltat des Gesetzes zerstört würde, wenn nicht die eigenen Anstalten den Provinzen vorgeschrieben würden.

Die endgiltige Fassung lautete aber nur auf „geeignete Anstalten“ und es blieb die Interpretationsfrage, welche Anstalten geeignet sind. Der Verein deutscher Irrenärzte hat als das sachverständige Forum diese Interpretation gegeben in seiner Jahressitzung vom Jahre 1893, wo Siemens und Zinn nach inhaltsreichen, beweiskräftigen Referaten die Thesen vorschlugen, in denen es heisst: „Nicht unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehende Anstalten für Geisteskranke, Epileptische, Idioten entsprechen nicht den Anforderungen der Wissenschaft, Erfahrung und Humanität und können deshalb als zur Bewahrung, Kur und Pflege dieser Kranken geeignete Anstalten auch im Sinne des Preussischen Gesetzes vom 11. Juli 1891 nicht betrachtet werden.“ *)

Auf den Antrag von Fürstner nahm die Versammlung ohne Diskussion einstimmig diese Thesen an.

Es sei erwähnt, dass auch Pfarrer Teichmann aus Frankfurt seine Sympathie zu den Vorträgen der Referenten bezeugte**). Fernerhin haben sämtliche der Versammlung nicht beiwohnende, in Deutschland ansässige Mitglieder des Vereins deutscher Irrenärzte schriftlich ihre Zustimmung zu jenen Beschlüssen erklärt.

Man hat von nicht-ärztlicher Seite versucht, die Bedeutung dieses Beschlusses abzuschwächen. So heisst es in einer „Denkschrift“***), auf die wir später noch zurückkommen werden

*) „Psychiatrie und Seelsorge. Zur Reform des Irrenwesens in Preussen“. München, 1893, J. F. Lehmann.

**) Vergl. das Protokoll in der Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. L, Berlin 1894, S. 338.

***) Denkschrift betr. die besonderen Verhältnisse und Bedürfnisse der Anstalten für Idioten und Epileptische im Rahmen der Irrengesetzgebung. Überreicht von der Vereinigung deutscher Anstalten für Idioten und Epileptische. Idstein, Buchdruckerei von Georg Grandpierre, 1904.

(S. 54): „So kann die Stellungnahme des Vereins der deutschen Irrenärzte in der Jahressitzung zu Frankfurt a. M. 1893 nur aus einer damals besonders veranlassten Erregung begriffen werden“, und weiterhin meint jene Denkschrift, es erinnerten „jetzt noch bisweilen vereinzelte Stimmen an sie“. Diese Unterstellung einer „Erregung“ muss in der heutigen Versammlung als vollständig unzutreffend zurückgewiesen werden, denn eine wissenschaftliche Versammlung, wie jene zu Frankfurt, pflegt nicht ihre Beschlüsse in der Erregung, also gewissermaßen mit verminderter Zurechnungsfähigkeit, zu fassen, ebenso wenig wie die schriftlich ihre Zustimmung erklärenden Mitglieder des Vereins deutscher Irrenärzte, sondern jeder einzelne hat zweifellos in klarer Überlegung seine Zustimmung ausgedrückt.

Zu betonen ist ferner, dass gerade der wesentlichste Teil der angeführten Resolution auf der Versammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Hamburg am 13. September 1895 abermals angenommen worden ist.*)

Die Auseinandersetzungen über das Gesetz vom 11. Juli 1891 sind bisher nie zur Ruhe gekommen, die Frankfurter Resolution wirkt heute noch nach, nur trat allerdings der Unterschied zu Tage, dass sich die in der Frage kompetenten, aber fast sämtlich nicht persönlich interessierten Psychiater im Vertrauen auf die Wirkung der wissenschaftlichen Erkenntnis mit jenen akademischen Resolutionen begnügten, während die nichtärztlichen Leiter oder Besitzer von Idiotenanstalten eine rege Agitation entfalteten.

Auf der „VII. Konferenz für das Idiotenwesen“ zu Berlin am 8. September 1893 fassten die nichtärztlichen Leiter von Idiotenanstalten eine sogenannte „Gegenresolution“ **) von folgendem Wortlaut:

„1. Für die Leitung von Idiotenanstalten kommen Lehrer, Geistliche und Ärzte gleichmäßig in Betracht.

2. Wir erkennen es zwar an, dass die Mitarbeit des Arztes

---

*) „Zur Frage der Reform des Irrenwesens.“ Berlin 1895, Verlag von Reimer, S. 37.

**) Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer. IX, 1894, S. 20.

in diesen Anstalten notwendig ist, erachten aber besonders in denjenigen Anstalten, welche vorzugsweise Bildungszwecke verfolgen, die pädagogische Tätigkeit für die Hauptarbeit.

3. Wir sprechen die Erwartung aus, dass in den Verhandlungen über diese gemeinsame Arbeit im Interesse derselben der Ton gegenseitiger Achtung und Anerkennung gewahrt werde."

Auf das Bedürfnis dieser Gegenresolution, den deutschen Psychiatern guten Ton predigen zu wollen, gehen wir nicht ein. Zu bedauern ist in erster Linie, dass die Anschauungen der Resolution selbst keineswegs den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Wenn für die Leitung von Idiotenanstalten Lehrer, Geistliche und Ärzte gleichmäßig in Betracht kommen, wie These 1 erklärt, so hätten die auf jener Konferenz vertretenen geistlichen Körperschaften dort, wo sie bei Anstaltserrichtungen mitwirkten, doch auch den Arzt in ein dem Lehrer und Geistlichen koordiniertes Verhältnis zu gleichmäßiger Verteilung der Leitung einsetzen müssen. Dies ist aber bisher nie und nirgends geschehen!

Angesichts der Hervorhebung, dass die Pädagogen ihre Hauptarbeit besonders in den Bildungszwecke verfolgenden Anstalten haben, dürfte man erwarten, dass wenigstens in den Anstalten für vollständig Bildungsunfähige dem Arzte grösserer Einfluss zugewiesen wäre. Auch davon ist in praxi keine Rede.

In der Diskussion zu Berlin 1893 hatte sogar Rektor Hintz den Zusatzantrag gestellt: „Irre, epileptische und bildungsunfähige Idioten gehören den Ärzten." Ja schon auf der Konferenz für Idiotenheilpflege 1887 hatte Direktor Barthold geäussert: „Ich habe mir überhaupt ein koordiniertes Verhältnis gedacht. Ich wollte nicht dem Arzt den Lehrer überordnen." *) Aber vergebens wird man eine von geistlichen Körperschaften geführte Idiotenanstalt für Bildungsunfähige unter ärztlicher Leitung oder auch nur das koordinierte Verhältnis suchen.

Vielfach hat man versucht, Äusserungen von Ärzten aus-

*) Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer. Bd. III, 1887, S. 29.

findig zu machen, die einer nichtärztlichen Idiotenpflege das Wort reden. Nur den, der die Literatur und den Zusammenhang, in dem jene Ausserungen gefallen sind, nicht kennt, können diese Zitate in dem von Nichtärzten gewünschten Sinne beeinflussen. Mehrfach wird Dr. Dornblüth zitiert, der die erwähnte „Gegenresolution“ mit unterschrieben hatte. Er hat nun aber selbst*) ausdrücklich erklärt, dass er sich dadurch keineswegs mit der herrschenden, nichtärztlichen Idiotenfürsorge einverstanden erklären wollte. Zunächst hatte er in jener Berliner Konferenz für das Idiotenwesen Einspruch dagegen erhoben, dass man kurz vor Schluss der Versammlung jenen nicht auf der Tagesordnung stehenden Gegenstand aufnahm. Lediglich um Schlimmeres zu verhüten, hat er sich der Kommission angeschlossen, in der Meinung, dass die erste These einen Fortschritt bedeute. In der Debatte hatte er energisch für die bildungsunfähigen Idioten ärztliche Leitung verlangt. Diesen seinen Voraussetzungen ist aber bisher nicht entsprochen worden, bis heute ist seine Mindestforderung der ärztlichen Leitung für die tiefstehenden Idioten noch nicht durchgedrungen und zur Verwirklichung der These 1 haben gerade jene Kreise, die sie beschlossen haben, nicht das geringste getan.

Vielfach wird als Autorität gegen die Psychiater unser verehrter Geh. Rat Pelman angerufen, unter Hinweis auf seine Vorrede zu Sollier's Buch „Der Idiot und der Imbecille“. Pelman hat jedoch lediglich darauf hinweisen wollen, dass die Idioten in deutschen Anstalten, was Unterricht und Pflege betrifft, es ebenso gut haben mögen wie etwa in Frankreich und England, ohne dass er damit dem System nichtärztlicher Anstalten den Vorzug geben wollte.**)

Aus derartigen, dem Zusammenhang entrissenen, in nichtärztlichem Sinne gedeuteten Zitaten, wie sie vor allem die er-

*) „Von der Berliner Konferenz für das Idiotenwesen,“ Ärztliches Vereinsblatt, November 1893.

**) In der Diskussion zu dem vorliegenden Referat betonte Geheimrat Prof. Dr. Pelman ausdrücklich, „dass es ihm nie eingefallen sei, sich gegen eine ärztliche Leitung auszusprechen“. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, LXII, S. 597.

wähnte „Denkschrift“ zusammenstellt, geht lediglich hervor, dass die ärztlichen Autoren stets freimütig bereit waren, die Verdienste von Lehrern und Erziehern um die schwachsinnigen Kinder zu würdigen, und somit den in der Berliner Gegenresolution angezweifelten Ton gegenseitiger Achtung und Anerkennung immer zu wahren gewusst haben.

Vielfach wurde auch von nichtärztlicher Seite mit dem Trugschluss operiert, indem man die an sich keineswegs allgemein gültige Prämisse, die Idiotie beruhe auf einem abgelaufenen Krankheitsprozesse, die Grundlagen des Idiotismus seien nicht mehr zu beseitigen, zu der Schlussfolgerung verwandte: Folglich gehöre die Idiotie nicht zu der Domäne der Ärzte. Mit demselben Recht oder vielmehr Unrecht müsste man dann ja auch viele Kranke mit Lähmungen, mit inoperablen Geschwülsten usw. von der ärztlichen Wirksamkeit fernhalten. Es ist vielmehr ein elementarer Grundsatz: Wenn ein Leiden chronisch geworden, gehört es nicht minder in ärztliche Behandlung wie eine akute heilbare Krankheit. Sind doch die Mehrzahl unser Geisteskranken, besonders die Paralytischen und die sekundär Blödsinnigen, ja auch unheilbar, aber gerade die ärztliche Verpflegung und Behandlung der letzteren gehört mit zu den schönsten Errungenschaften der Kultur unserer Tage.

Zu Unrecht wird von Nichtärzten die Idiotenfürsorge vielfach in Parallele gesetzt mit der Blindenfürsorge. Bei den Blinden handelt es sich darum, dass das Sehorgan vollständig verschwunden ist und sie darum in der Betätigung ihrer übrigen gesunden Fähigkeiten unterwiesen werden müssen, während bei den Idioten das Hirn keineswegs fehlt, sonst könnten sie ja nicht mehr leben, sondern krankhaft funktioniert. Dass übrigens auch in der Blindenfürsorge die Ärzte grosse Verdienste haben, darüber sei auf die Prorektoratsrede von Prof. Axenfeld verwiesen *).

Bei dieser Gelegenheit sei noch ein Hinweis auf eine andere Äusserung jener „Denkschrift“ **) hinsichtlich der Epilepsie

*) Blindsein und Blindenfürsorge, Freiburg i. Br. 1905.

**) Vgl. die eingehende Würdigung dieser Denkschrift durch Prof. Tuczek, Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1905, Seite 818.

eingefügt, wenn wir auch die Epileptikerfürsorge in diesem Referat nicht speziell berücksichtigen wollen. Um Stimmung gegen die ärztliche Epileptikerfürsorge zu machen, wird dort Seite 28 von vornherein erklärt, dass der Wissenschaft das „eigentliche Wesen" der Epilepsie noch durchaus unklar sei, und daraufhin aus ärztlichen Schriften eine Reihe von Zitaten über die Schwierigkeit der Behandlung und die nur teilweisen Heilerfolge bei Epilepsie vorgeführt. Auf das Allerentschiedenste muss gegen eine derartige, anmaßende Kritik an den Leistungen der medizinischen Wissenschaft protestiert werden. Gewiss gibt es viele schwebende Fragen im Bereich der theoretischen Medizin; das Wesen der Geschwülste, der Zuckerkrankheit, der Arterienverkalkung und vieler anderer pathologischer, wie selbstverständlich auch physiologischer Dinge bedarf noch der weiteren Forschung und Klärung. Aber daraus kann nie und nimmer folgen, dass darum die Ärzte kein Recht hätten, sich der Untersuchung und Behandlung jener Leiden anzunehmen, sondern nach allen Regeln der Logik ergibt sich nur der Schluss, dass die medizinische Wissenschaft sich nun um so intensiver der Erforschung jener Leiden, so auch der Epilepsie, widmen und ihr darum jede Gelegenheit dazu eröffnet werden muss, anstatt dass man viele Tausende Epileptiker der ärztlichen Behandlung möglichst entfremdet. —

Wie haben nun die gesetzlichen Bestimmungen gewirkt? Welches Bild von der deutschen Fürsorge für schwachsinnige Kinder gewinnen wir heute?

Das Gesetz vom 11. Juli 1891 hat in mancher Hinsicht segensreich gewirkt. Eine Reihe von preussischen Provinzen (Brandenburg, Sachsen, Posen, Schlesien, Hannover) hat in der Folgezeit eigene öffentliche, unter ärztlicher Leitung stehende Anstalten für Geistesschwache eingerichtet, zum Teil unter Übernahme und Reformierung vorher bestehender Privatanstalten. Manche Anstalten dieser Art sind lediglich für den angeborenen Schwachsinn der verschiedensten Stufen und Altersklassen bestimmt, so Langenhagen bei Hannover, andere wieder behandeln neben Geistesschwachen und Epileptikern auch die verschiedenen Formen von Irrsinn der späteren Lebenszeit, so Uchtspringe. Als durchgreifend und befriedigend kann

die Wirkung des Gesetzes aber noch lange nicht bezeichnet werden. Wohl wäre es nicht leicht gewesen, sofort alle bestehenden Anstalten in öffentliche, ärztlich geleitete Anstalten im Sinne des Gesetzes umzuwandeln. Aber auch bei Neugründungen wurde keineswegs immer jenes Gesetz berücksichtigt. Nach einer Statistik von Pastor Sengelmann*) bestanden 1892 in Deutschland 44 Idiotenanstalten, während heute die Liste auf mehr als 100 angewachsen ist. Unter diesen neugegründeten Anstalten finden sich aber noch nicht $^1/_5$, die der ärztlichen Forderung entsprechen.

Am 20. September 1895 erschien eine preussische Ministerialanweisung über die Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken, Idioten und Epileptischen in und aus Privatirrenanstalten. Die nichtärztlichen Idiotenanstaltsleiter agitierten sogleich mit allen Mitteln dagegen*). In der Landtagssitzung vom 11. März 1896 äusserte dann Ministerialdirektor Dr. v. Bartsch, in der Anweisung sei ein Unterschied zwischen Anstalten für Geisteskranke und solchen für Idioten und Epileptiker; letztere unterliegen nicht den strengen Vorschriften wie die Irrenanstalten, es sei nicht notwendig, dass in einer Anstalt für Idioten ein Arzt dauernd seine Wohnung habe, es genüge, wenn ihm im Laufe der Woche ungehindert 2 oder 3 mal der Zutritt gestattet werde, damit er sich von dem Zustande der Kranken überzeugen könne. Diese in der Debatte gefallenen Äusserungen sehen in der Funktion des Anstaltsarztes lediglich die Überwachung der etwaigen körperlichen Störungen und verkennen das Wesen der psychiatrischen, eben auf die Untersuchung und Förderung der geistigen Eigenschaften gerichteten Tätigkeit.

Es erfolgte nun tatsächlich eine Abschwächung der Anweisung vom 20. September 1895, indem am 24. April 1896 eine Ministerialverordnung erschien, die die Aufnahmebestimmungen erleichterte und auch den Anstalten, in denen kein Anstaltsarzt wohnt, die Genehmigung zur Aufnahme erteilte. Es

---

*) Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer. Bd. VIII, 1892, S. 81.

*) Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer. Bd. XII, 1896, S. 94.

sei erwähnt, dass die Erleichterung der Anstaltsaufnahme an sich der psychiatrischen Anschauung durchaus entsprechen würde. Zufrieden waren mit diesen Ausnahmebestimmungen die Idiotenanstaltsvorsteher noch keineswegs, vor allem missfiel ihnen, dass die Revisionskommission den Medizinalbehörden unterstand. Interessant ist, dass in der Zusammenfassung dieser Ausstellungen*) auf der IX. Konferenz für Idiotenpflege 1898 als 4. Punkt folgender genannt ist, der vor allem die persönlichen Interessen der Nichtärzte hervorhob: „Wir handeln gegen unsere Interessen und arbeiten den Ärzten in die Hände, wenn wir

a) unsere Anstalten in zu grossem Umfang ausbauen und deshalb

b) über den Geschäften der Verwaltung die Pflichten und das Interesse der Schule gegenüber vernachlässigen."

Auf dem Gebiet der Irrenpflege ist demgegenüber längst die feste Erfahrung gewonnen worden, dass grade grosse öffentliche Anstalten von mindestens 600 bis 800 Patienten dem Wohl der Kranken und dem Interesse der Staatsfinanzen am meisten entsprechen.

Es sei hervorgehoben, dass dem in jener Versammlung geäusserten Wunsche, es möchte bei der Besuchs- oder Revisionskommission für Idiotenbildungsanstalten ein in der Idiotenfürsorge bewanderter Pädagoge hinzugezogen werden, von psychiatrischer Seite sehr wohl zugestimmt werden kann.

Nachdem von Seiten der preussischen Ministerien für geistliche Angelegenheiten, für Justiz und für das Innere am 4. Februar 1899 die Revision der Anweisung vom 20. September 1895 in Aussicht gestellt war, reichte eine Deputation von nichtärztlichen Idiotenanstaltsvorstehern im Sommer 1899 eine Eingabe um möglichste Berücksichtigung ihrer Wünsche bei den 3 Ministerien ein, worauf sie am 16. August 1899 einen ihnen entgegenkommenden Bescheid erhielten**): Die

---

*) Schwenk, „Die Bestimmungen vom 20. September 1895 und ihre Folgen für unsere Anstalten". Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer. Bd. XV, 1899, S. 7—16.

**) Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer. Bd. XVI, 1900, S. 13.

Aufnahme wurde erleichtert, die Beigabe eines Pädagogen für die behördliche Besuchskommission zwar nicht für zweckmäßig erachtet, jedoch eine weitere Erwägung der Wünsche in Aussicht gestellt.

Weitere Einschränkungen der erlassenen Vorschriften brachten die ministerielle Anweisung vom 26. III. 1901, die nicht mehr vom leitenden Arzt sprach und auch von psychiatrischer Vorbildung absah, sowie der Erlass der preussischen Ministerien für das Innere, für Kultus und Medizinalangelegenheiten und für Justiz vom 25. I. 1902, der das Ergebnis einer Audienz nichtärztlicher Idiotenanstaltsleiter im Kultusministerium ist und der u. a. die Beantwortung schriftlicher und mündlicher Anfragen, soweit das „äussere Verhalten" der Pfleglinge in Frage kommt, dem Unternehmer oder den mit dem Unterricht betrauten Personen überlässt. Hierin liegt wieder eine Verkennung der Eigenart geistig abnormer Menschen, weil eben gerade auch das äussere Verhalten des Idioten der Ausdruck seiner geistigen Abnormität, seines kranken Centralnervensystems ist, das zu beurteilen nur der Psychiater, aber nicht der Lehrer oder Pfleger fähig ist.

An der Auslegung des preussischen Gesetzes vom 11. Juli 1891 ist somit schon Manches geändert worden. Die Durchführung hat sich noch keineswegs so gestaltet, wie es den Anschauungen der kompetenten Beurteiler der Irrenfürsorge, der Psychiater, selbst entspricht. Es ist zu erwarten, dass bei der bevorstehenden Revision der Irrenfürsorge und angesichts der möglichen Einführung eines allgemeinen deutschen Irrengesetzes die Stimme der Psychiater endlich aufmerksam gehört und ihr Rat genauer befolgt wird als bisher. Damit das geschehe, gilt es auch heute schon die für Recht erkannte Überzeugung hinsichtlich der Irrenfürsorge zu betonen und nicht nur in akademischen Resolutionen, sondern auch an behördlicher Stelle und in der Öffentlichkeit energisch zu vertreten.

Um zu überblicken, welche Forderungen hinsichtlich der Idiotenfürsorge angebracht sind, sei nun ein Blick auf das heutige Bild des Idiotenwesens in Deutschland geworfen.

Zur Zeit lässt sich in Deutschland eine Liste von 108 Anstalten aufstellen, die jugendliche Idioten aufnehmen. Die

Statistik ist auf diesem Gebiete ungemein schwierig; schon die Anstaltszählung ist dadurch erschwert, weil manche Anstalten Filialen von mehr oder weniger grosser Selbständigkeit besitzen. Es handelt sich um ein nichts weniger als homogenes Material, die Anstalten sind vielmehr nach Einrichtung und Insassen so ausserordentlich verschiedenartig, dass nur mit grösster Vorsicht statistische Betrachtungen und Vergleichungen angestellt werden können.

Von vornherein ist hervorzuheben, dass die Anstalten nur einen kleinen Bruchteil aller Idioten und Imbecillen beherbergen. Kurella hatte vor 13 Jahren die Idioten Preussens auf 60000 geschätzt, Ziehen gab neuerdings für die Imbecillen Deutschlands 150000 an, also etwa einen auf 400 Einwohner. Nach einer genauen ärztlichen Enquête in der Schweiz vom Jahre 1903 wurden bei 57765 Schulkindern 10% als etwas minderwertig, meist körperlich gebrechlich, 1% jedoch als geistig schwach veranlagt festgestellt, also 1:100. Die erwachsenen Idioten und Imbecillen gemeingefährlicher Art kommen vielfach in unsere Irrenanstalten, zu deren Besetzung sie bis zu 10% beitragen mögen. Nach Heimann*) sind daselbst in Preussen ihrer noch etwas mehr als in den eigentlichen Idiotenanstalten (51:49). Bekannt ist, dass sich viele geistig Minderwertige in den Zwangserziehungsanstalten befinden. In den etwa 700 Hilfsklassen Deutschlands sind zur Zeit mehr als 15000 geistig schwachbegabte Schüler, der Stufe der Imbecillität entsprechend, untergebracht; ferner finden sich leicht Schwachsinnige in den Wiederholungsklassen nach Sickingers System**). Auch zu den Landstreichern stellen die Idioten und Imbecillen ein stattliches Kontingent.

Die letzte Statistik von Stritter***) führt als Insassen der deutschen Idiotenanstalten 22949 auf, davon 46,2% weib-

---

*) „Ein Beitrag zur Idiotenstatistik", Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. LX, S. 443.

**) Weygandt, „Leicht abnorme Kinder", Halle 1905.

***) „Nachtrag zu der im Jahre 1901 herausgegebenen statistischen Zusammenstellung der Heilerziehungs- und Pflegeanstalten für Schwachsinnige Kinder, Idioten und Epileptiker". Hamburg 1904. Agentur des rauhen Hauses.

liche, 53,8% männliche. Aber diese nahezu 23000 Pfleglinge sind keineswegs durchweg Idioten oder Imbecille. Zunächst ist hier die Unterscheidung in Jugendliche und Erwachsene zu treffen. Ferner findet sich darunter eine grosse Menge von Epileptischen, auch solchen ohne Schwachsinn und lebhafter Geistesstörung. Schliesslich ist zu betonen, dass unter den erwachsenen Insassen vieler Idiotenanstalten sich auch sonstige Geisteskranke ruhigerer Art finden, die keineswegs von Jugend auf abnorm waren, insbesondere sekundär Demente und sogar Altersblödsinnige.

Noch bunter als die Zusammensetzung der Insassen ist die Art der Organisation und Einrichtung. Nach meiner Zählung stehen von den 108 nicht weniger als 54 direkt unter geistlichem Einfluss, meist auch unter der Direktion eines Geistlichen. Eine Anzahl ist von der inneren Mission gegründet, andere von einzelstehenden Geistlichen, wieder andere von Ordensgesellschaften.

Einige Anstaltsgründungen gingen von gemeinnützigen Vereinen aus, die in der Regel einen Pädagogen oder auch einen Pastor zum Vorsitzenden bestimmten.

Nur 21 Anstalten werden vom Staat oder grösseren Stadtgemeinden erhalten. Bei nicht mehr als 13 liegt die Leitung in ärztlichen Händen. Wenn wir hiervon noch die Anstalten abziehen, bei denen die Idiotenabteilung nur ein Appendix an eine Irrenanstalt darstellt, so bleiben als reine Idiotenanstalten unter ärztlicher Leitung nur die bescheidene Zahl von 5, wozu als 6. noch die Anstalt zu Stetten gezählt werden kann, bei der ein Arzt als Direktor koordiniert neben einem Pfarrer und Schulrat und einem Ökonomieverwalter steht.

Die übrigen Anstalten stellen meist Privateinrichtungen zu Erwerbszwecken dar, wenigstens 21 gehören hierher, davon sind einige von Pädagogen, einzelne von Ärzten, andere auch von sonstigen Leuten, z. B. von unternehmungslustigen Damen gegründet.

Einige Anstalten sind vorwiegend Pflege- und Verwahrungsanstalten; die meisten haben bildungsunfähige und bildungsfähige Pfleglinge mit Unterrichtsgelegenheit; wieder andere haben ausschliesslich lernfähige Zöglinge mit intensivem Unter-

richt und Beschäftigung. Nach Stritter's Statistik besuchen von den 22 949 nur 5223 den Unterricht, ausserdem arbeitsfähig sind 8276. Eine besondere Errungenschaft der letzten Jahre sind die Einrichtungen der Familienpflege und der Fürsorge für entlassene Pfleglinge, so in Uchtspringe, Potsdam, Grosshennersdorf; gerade die für frühere Insassen Uchtspringes eingerichtete Familienpflege zu Gardelegen hat sich trefflich bewährt: die Kinder gedeihen vielfach besser als in der eigenen Familie.

Wenn ich nunmehr eine Kritik an einzelnen Punkten versuche, so möchte ich mich von vornherein vor Verallgemeinerungen verwahren. Wir haben unter unseren Anstalten, vor allem den ärztlich geleiteten, solche, die sich auch den später zu besprechenden ausländischen Anstalten durchaus an die Seite stellen können. Auch in den nichtärztlichen Anstalten ist vieles Gute zu finden und manche leisten hinsichtlich der Verpflegung und des Unterrichtes Ausgezeichnetes. Es ist klar, dass etwas absolut Vollkommenes nicht verlangt werden darf, schon mit Rücksicht auf die allgemein nur knapp bemessenen Geldmittel. Zahlreiche Anstalten sind in adaptierten, ursprünglich zu anderen Zwecken erbauten Gebäuden untergebracht, bei manchen hat infolge allmählich hinzugekommener Neubauten die Übersichtlichkeit gelitten und in recht vielen Fällen herrscht Überfüllung.

Der Unterhalt wird ermöglicht durch Kapitalzinsen, Zuschüssen von Behörden, Beiträgen von Unterstützungsvereinen, Kollekten, Legaten, in bescheidener Weise durch Verkauf von Ökonomieergebnissen und Handarbeiten der Zöglinge, und schliesslich durch Kostgelder. Letztere sind vielfach so gering, dass sie nicht einmal den Etatsposten der Ausgabe für Nahrungsmittel aufwiegen. Bei mehrklassigen Anstalten steigt das Kostgeld auf etwa 550 bis zu 800 Mark für die ersten Klassen; in manchen Privatanstalten ist es natürlich noch wesentlich höher.

Was die ärztliche Hilfeleistung betrifft, so ist auch ganz abgesehen von der Frage der Anstaltsleitung doch vielfach der ärztliche Dienst als absolut ungenügend zu bezeichnen. Von den nichtärztlich geleiteten Anstalten haben etwa ein Dutzend einen Hausarzt, einzelne ganz grosse Anstalten auch mehrere

Arzte, die meisten aber nur einen Arzt im Nebenamt, der keineswegs überall jeden Tag erscheint.

Selbst eine grosse Anstalt, die an Pfleglingen und Personal etwa 2000 Köpfe zählt, hat keinen Hausarzt, sondern sie wird täglich besucht von einem Arzte, der in einem andern Dorfe 3 km weit entfernt wohnt! Angesichts dessen, dass heute jeder grössere Betrieb von mehreren hundert gesunden Personen darnach strebt, seinen Arzt zu bekommen, Schulen, Fabriken, Bühnen usw., ja dass jedes Bataillon Soldaten seinen eigenen Militärarzt besitzt, ist jene ärztliche Versorgung von nahezu 2000, zumeist kranken Menschen als ein schreiender Missstand zu bezeichnen.

Hier und da wird der Anstaltsarzt als „psychiatrisch gebildet“ bezeichnet, doch handelt es sich in den meisten Fällen nur darum, dass der Betreffende pro physicatu geprüft ist. — Sektionen sind eine grosse Seltenheit.

Am meisten zufriedenstellend ist jedenfalls die Verköstigung der Kinder. Nur kann es nicht als zweckmäßig erscheinen, wenn eine Anstalt mit vielen Epileptikern ihr eigenes Bier braut und auch den Kranken verabreicht.

Es ist zu sagen, dass hinsichtlich der körperlichen Hygiene an verschiedenen Plätzen noch Manches zu wünschen übrig bleibt. Die Haupttodesursache ist immer noch die Tuberkulose. 1903 starben in einer Anstalt von 507 Idioten 40, davon einer an Typhus und nicht weniger als 39 an Tuberkulose!

Bekannt ist die Enquête, die der frühere ärztliche Direktor von Langenhagen, Dr. Wulff, vornahm: Es ergab sich, dass jährlich mindestens die doppelte Anzahl Todesfälle an Tuberkulose vorkam wie in den Irrenanstalten, 6,1% an Anstalten ohne Arzt, 0,8% an einer Anstalt mit ärztlichem Mitleiter; dem gegenüber beachte man, dass neuerdings*) in Zuchthäusern 1,4%, in einer kolonialen Irrenanstalt (Zschadrass) 0,65% festgestellt wurden! — In einer Anstalt traf ich in einem mäßig grossen Zimmer einen Phthisiker im letzten Stadium, während dicht neben dem Bett eine Schar anderer Idioten spielend

*) Geist, „Tuberkulose und Irrenanstalten“. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. LXI, S. 477.

sass; die Pfleglinge wären so aneinander gewöhnt, dass man den Kranken nicht wegschaffen wollte, hiess es.

Decubitus (Wundliegen, Druckbrand der Haut) traf ich des öfteren an in Fällen, wo er durchaus vermeidlich schien.

Othämatome (Ohrblutgeschwülste), die seit Jahrzehnten in Irrenanstalten recht selten sind, trifft man vor allem bei den epileptischen Idiotenanstaltspfleglingen ziemlich häufig. Einmal fand ich ein hühnereigrosses, eitergefülltes Othämatom, dessen Behandlung darin bestand, dass die Pflegerinnen den Eiter dann und wann ausdrückten.

Besondere Schwierigkeiten machen offenbar die nässenden Kinder. In manchen Anstalten herrscht in den Schlafsälen ein unerträglicher Gestank, selbst wenn tagsüber alle Fenster aufstehen, so dass keiner Pflegeperson zugemutet werden kann, bei den Kindern zu übernachten, wodurch dann freilich wieder die Überwachung beeinträchtigt wird. Ich muss gestehen, dass ich derartig stinkende Säle, wie in manchen deutschen Anstalten, in keiner der von mir besuchten englischen Anstalten angetroffen habe.

Die Überwachung bietet unter solchen Umständen ihre Schwierigkeit. Nachtwachen, wie sie in England fast allgemein zu finden sind, haben nur verschwindend wenige, ärztlich geleitete Anstalten in Deutschland.

Für einen intensiveren Anstaltsbetrieb gibt es noch viele ärztliche Aufgaben in körperlicher Hinsicht: Meltzer*) berichtet, dass unter den 250 nur imbecillen Knaben zu Grosshennersdorf durchschnittlich 10 Bettkranke und 10—50 Revierkranke sind.

Als ein besonderer Übelstand muss die Kombination von Idioten mit nur körperlich Kranken in derselben Anstalt bezeichnet werden; so finden wir in Gorze neben Idioten und Epileptikern noch Altersschwache und Lupuskranke!

Noch bedenklicher sieht es vielfach vom speziell psychiatrischen Standpunkt aus. Während die Irrenärzte sich schon vor Jahren für die Entbehrlichkeit der Einzelzellen aussprachen, beklagt eine der ansehnlicheren Idiotenanstalten, dass sie nicht hinreichend Zelleneinrichtungen habe, obwohl doch

*) „Die staatliche Schwachsinnigenfürsorge im Königreich Sachsen" Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. LXI.

bei den im ganzen ruhigeren und auch leichter zu bändigenden Idioten die Isolierung noch weniger dringlich ist als bei unseren Geisteskranken. Eine neugebaute Anstalt hat mehrere Zellen an ganz unzweckmäßiger Stelle, im Souterrain, fernab vom Anstaltsverkehr eingerichtet.

Auch die Zwangsmittel sind noch keineswegs ausgemerzt. In einer kleinen Idiotenanstalt von 75 Pfleglingen aller Altersstufen sieht man in einem Zimmer nicht weniger als 9 Zwangsstühle in Verwendung, 2 davon gepolstert. Die Kranken werden morgens im Stuhl über dem Nachttopf eingeschnallt und abends in das Bett transportiert. Daneben finden sich für Jugendliche förmliche „Zwangsbänke“, wie man ein bankartiges Möbel mit mehreren Sitzplätzen zum Festbinden der Kinder bezeichnen muss.

Auch in einer sehr grossen Anstalt traf ich mehrere Zwangsstühle im Betrieb; 2 Insassen dieser Stühle steckten dazu noch in Zwangsjacken. Weiterhin sah ich in einer Anstalt für erwachsene Blöde, die sich kürzlich Zentralheizung und elektrisches Licht einrichtete, ein Zimmer mit 7—8 Patienten, die speichelnd und barfuss in Zwangsstühlen gefesselt waren.

Über körperliche Züchtigungen wird man aus eigener Anschauung so leicht nicht berichten können. Ausgemerzt ist diese, die Elemente der Beurteilung geistig Abnormer verkennende Methode keineswegs. Während von Cramer*) der ärztliche Standpunkt folgendermaßen formuliert wurde: „Zugegeben, dass bei einem in jeder Beziehung ganz gesunden Kinde eine angemessene körperliche Züchtigung nichts schadet, so nützt sie ihm auch nichts; einem nervösen, scheuen, furchtsamen Kinde aber schadet sie sicher“, spricht sich ein pädagogischer Idiotenanstaltsdirektor**) über die Zuchtmittel folgendermaßen aus: „Wer nicht hören will, muss fühlen, und da tut

*) „Über die ausserhalb der Schule liegenden Ursachen der Nervosität der Kinder“. In der Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychiatrie und Physiologie, herausgegeben von Ziegler und Ziehen. 1899. Bd. II, Heft 5.

**) Schwenk, „Die Zuchtmittel in unseren Anstalten“. S. 11, Idstein 1899.

erfahrungsgemäß eine hölzerne Schrift auf die Kehrseite des Jungen ausserordentlich gute Dienste."

Es sei erwähnt, dass die Schulen für normale Kinder immermehr von der Prügelstrafe abkommen; neuerdings wurde in Hessen durch eine Ministerialverfügung die körperliche Züchtigung aus der Reihe der Disziplinarmittel vollständig gestrichen.*)

Ganz zu verwerfen sind manche Straflisten, die hier und da noch für geistig abnorme Pfleglinge bestehen. Auch von Seiten mancher geistlichen Anstaltsleiter, so im Bericht der Neuendettelsauer Anstalten, werden derartige Einrichtungen als unangebracht bezeichnet. Es liegt mir vor die Hausordnung einer Anstalt für erwachsene Blöde, wo folgende Strafen aufgezählt sind:

1. Heilsame Ermahnungen,
2. Verweise,
3. Verbot, den Garten zu besuchen,
4. Abzug an der Kost,
5. kürzere oder länger andauernde Trennung von den übrigen Pfleglingen.

Fortgesetzte Unfolgsamkeit und Widerspenstigkeit wird mit Entlassung des Pfleglings aus der Anstalt bestraft.

Eine andere, sehr grosse Anstalt führt folgende Strafliste:

1. Ermahnungen, freundliche und ernste,
2. Alleinstehen, Alleinsitzen und Alleinessen,
3. Entziehung des Zwischenbrotes,
4. Ausschluss von den Spaziergängen, von Spielen und sonstigen Unterhaltungen,
5. Anzeige bei der Oberin und bei dem Superior,
6. bei Schülern, soferne hiergegen nicht ein ärztliches Bedenken besteht, körperliche Züchtigung innerhalb der für die Volksschule gezogenen Grenzen,
7. unter derselben Voraussetzung Verlängerung einer Freiheitsstrafe bis zu 6 Stunden,
8. unter der nämlichen Voraussetzung Entziehung von einer oder zwei Mahlzeiten,

*) Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, 1904, Seite 813.

9. Ausschluss aus der Anstalt.

Rigoros klingt auch der Paragraph in den Bedingungen für die Aufnahme Schwach- und Blödsinniger in einzelnen Erziehungs- und Pflegehäusern: „Die Anstalt ist berechtigt, einen Kranken aus dringlichen Ursachen, z. B. wenn derselbe sich nicht in die Ordnung der Anstalt fügt, auf andere Kranke einen schädlichen Einfluss übt usw., ohne Kündigung jeden Tag zu entlassen."

Was soll aus dem geistig Abnormen werden, wenn er so von heute auf morgen auf die Strasse gesetzt wird? Dabei ist das Auffallendste, dass diese Entlassungsbestimmungen und Straflisten von den Aufsichtsbehörden genehmigt worden sind!

Bedenklich wird es auch, wenn in Anstalten ohne Arzt bei einem Patienten plötzlich psychische Erregung auftritt. Bei einem Besuche kam ich an einer verschlossenen Türe vorbei, hinter der ein Mädchen wild schrie und tobte; sie sei geisteskrank geworden und gehöre eigentlich nicht daher, gab man mir als Erklärung.

All diese Umstände wären undenkbar, wenn die betreffenden Anstalten einen Hausarzt hätten, der über eine psychiatrische Ausbildung verfügt und seine volle Kraft der Idiotenpflege widmen kann.

Schliesslich sei noch verwiesen auf die vielfach unzulänglichen Revisionen. Mehrere Anstalten haben überhaupt niemals Revisionen, bei anderen Anstalten kommen Revisionen ungemein selten vor, in einer Anstalt war seit 1900, in einer anderen seit 1895 keine Revision mehr. Wieder andere haben alle 2 Jahre, alle Jahre oder jährlich bis zu 5mal Revision.

Hinsichtlich des Unterrichts sind die Leistungen der Anstalten recht verschieden. Im ganzen ist der Betrieb in mehreren grösseren Anstalten unter ärztlicher oder anderer Leitung ziemlich intensiv; neben den Elementarfächern wird mit vollem Recht Nachdruck auf die Handfertigkeit und Handwerksarbeit gelegt, ja manche Anstalten leisten in einigen Branchen Vortreffliches und verdienen sogar namhafte Beträge durch die Schülerarbeiten. Hinsichtlich der landwirtschaftlichen Tätigkeit scheinen die Idioten hinter den sekundär Dementen etwas

zurückzustehen. Der Schwerpunkt der Unterweisung sollte freilich noch mehr in den praktischen Fächern liegen. Mit aller Bestimmtheit ist hervorzuheben, dass für die Frage der späteren Fähigkeit eines Pfleglings, etwas zu seinem Lebensunterhalt zu verdienen, es viel wichtiger sein wird, wenn er irgend ein Handwerk gelernt hat, als dass er sich mehr auf die Lehren des Elementarunterrichts versteht; ein Analphabet kann bei geschickter Handfertigkeit sein Durchkommen eher finden, als ein ungeschickter Arbeiter, der nur lesen, schreiben und Sprüche auswendig kann.

Wenn auf der vorigen, XI. Konferenz für das Idioten- und Hilfsschulwesen, 6.—9. September in Stettin, Dr. phil. Gündel in einer These als das wirksamste Mittel der Anstaltserziehung Geistesschwacher zur sittlichen und wirtschaftlichen Brauchbarkeit den Unterricht bezeichnet, so wäre es verkehrt, darunter lediglich die Didaktik des Schullehrers zu verstehen. Vielmehr muss es sich bei Idioten um Unterricht im weitesten Sinne handeln: 1. Um die Anleitung zu den Verrichtungen des täglichen Lebens, wie Sprechen, Gehen, Essen, An- und Auskleiden, Erledigung der körperlichen Bedürfnisse usw., also um eine Erziehung in den alltäglichen Verrichtungen, wie sie von ordentlichen Eltern jedem ihrer Kinder in geeigneter Weise zuteil wird, sowie jene elementare Unterweisung, welche die vor allem in England und Amerika bei normalen Kindern übliche Einrichtung des „Kindergartens" bietet; 2. Kommt der systematische Elementar-Unterricht, entsprechend den untersten Klassen der Volksschule, dabei in Betracht, jedoch vermehrt um eine Reihe von wichtigen Maßregeln zur Hebung der Defekte des Idioten, vor allem Anschauungsunterricht und alle jene sinnreichen heilpädagogischen Methoden zur Übung der Sinne, der Sprache, der Bewegungen, der Aufmerksamkeit, wie sie von verdienten Idiotenlehrern und Ärzten, wie Dr. Bourneville, erdacht worden sind; 3. Anschliessen muss sich hieran der Unterricht in praktischen, möglichst handwerksmäßigen Verrichtungen, der Beschäftigungs- und Arbeitsunterricht, der für das spätere Leben des Idioten eine weitaus grössere Rolle hat als die Dressur im Lesen, in dem oft papageiartigen Hersagen auswendig gelernter Verse und

Sprüche, oder in dem meist recht dürftigen Rechnen, das die allerwenigsten Idioten und auch Imbecillen später aus eigenem Antrieb zu gebrauchen imstande sind.

Keineswegs in allen Anstalten wird nun auf den Unterricht hinreichend Nachdruck gelegt. Nur 15,8% der rechtsrheinischen bayerischen Pfleglinge erhielten die Bezeichnung „unterrichtsfähig“, was übrigens ein recht schwankender Begriff ist. Vielfach sind es epileptische, nichtdemente Kinder, die als Paradepferde zur Demonstration der Lehrerfolge den Besuchern vorgeführt werden. Es kommt übrigens vor, dass in Schwachsinnigen-Anstalten keineswegs geschulte Lehrkräfte in hinreichender Zahl vorhanden sind und dass manche Unterrichtsstunde von nicht pädagogisch geschultem Personal, so von barmherzigen Schwestern usw. erteilt wird.

Erwähnt sei, dass mancherorts auch die Coëdukation weiter ausgedehnt ist, als grade bei geistig abnormen Kindern angebracht erscheint. —

Zweckmäßig ist es, hier zunächst noch eine Vergleichung der Verhältnisse deutscher Idiotenanstalten mit den ausländischen Fürsorgeeinrichtungen für Schwachsinnige zu versuchen.

Österreich zeigt im Prinzip wenig Verschiedenheit von den deutschen Einrichtungen, nur dass seine Fürsorge noch lange nicht so ausgedehnt ist.

Zur Zeit existieren 12 Anstalten für schwachsinnige Kinder. Als öffentliche und unter ärztlicher Oberleitung stehende Einrichtung ist zu nennen die Idiotenabteilung zu Kierling-Gugging,*) an die niederösterreichische Landesirrenanstalt angegliedert; im wesentlichen für „Bildungsunfähige“ bestimmt, bietet die Anstalt doch Kindergartenarbeit, industrielle Beschäftigung, Garten- und Hausarbeit sowie Unterricht. Im Gegensatz dazu hat Ungarn, dessen Verhältnisse ich hier nicht weiter in Berücksichtigung ziehe, an die Budapester Irrenanstalt im Leopoldsfeld eine Abteilung für bildungsunfähige Idioten angegliedert, die auf jede Unterweisung durch Lehrer

---

*) Krayatsch, „Zur Pflege und Erziehung jugendlicher Idioten und Schwachsinniger“, Halle 1903, auch erschienen in der Psych.-Neur.-Wochenschrift IV, Nr. 44—46.

oder auch nur Kindergärtnerinnen verzichtet, offenbar auf Grund schwerer Verkennung des allerdings nicht glücklichen Begriffs der Bildungsunfähigkeit.

Bildungsfähigere Kinder kommen in die Anstalten Biedermannsdorf bei Wien und Piusinstitut bei Bruck in Steiermark. In Biedermannsdorf ist das Bestreben, die Schwachsinnigen zur vollständigen Lebensführung ausserhalb der Anstalt zu bringen, sehr anzuerkennen, nur würden die Pfleglinge die Anstalt zweckmäßiger nicht als Lehrlinge, sondern als Gesellen verlassen, denn für jene findet sich draussen weit schwerer Lerngelegenheit als etwa Beschäftigungsgelegenheit für ausgebildete Gesellen, die an die Geduld eines Handwerksmeisters keine allzugrossen Forderungen mehr stellen.

Die Landessiechenanstalt zu Knittelfeld in Steiermark beherbergt zahlreiche jugendliche Schwachsinnige. Prag besitzt 2 Anstalten; Kärnten hat eine Einrichtung St. Martin bei Klagenfurt. Oberösterreich besitzt die Anstalt Schloss Hartheim bei Alkoven und die protestantische Stiftung Gallneukirchen, Tirol das S. Josefsinstitut bei Hall. Zu Wien befinden sich 2 Privatanstalten für schwachsinnige Kinder wohlhabender Eltern.

Hilfsschulen wurden mehrfach eingerichtet, so zu Wien, Graz, Salzburg und Linz. Hervorzuheben ist, dass in Österreich besondere Kurse und Prüfungen für Lehrer und Lehrerinnen schwachsinniger Kinder bestehen. Kurz sei angefügt, dass Budapest an seinen gut organisierten Hilfsklassen auch ein trefflich organisiertes Laboratorium zur experimental-psychologischen Untersuchung (Dr. Ranschburg) der schwachsinnigen Kinder besitzt.

Es ist zuzugeben, dass Österreich noch verhältnismäßig zahlreiche Schwachsinnige unversorgt lässt, wurden doch 1894 allein 17495 Kretinen gezählt. Aber 2 Umstände lassen doch das Verhältnis der versorgten zu den unversorgten Schwachsinnigen in Österreich erklärlicher erscheinen: einmal der gebirgige Charakter grosser Landesteile, wodurch die Kommunikation und damit die Anstaltsverbringung von vorn herein erschwert, die von Seiten eines Schwachsinnigen etwa ausgehenden Störungen aber auch viel mehr lokalisiert werden als im Flachland; dann aber auch der Hinblick auf die psychische

Eigenart grade der Kretinen, die ja im ganzen ein recht apathisches Wesen zeigen und ihrer Umgebung nur selten lästig fallen, weshalb ihre Anstaltsbedürftigkeit nicht so dringend erscheint. —

Frankreich hat frühzeitig für die wissenschaftliche Erforschung des Idiotismus wie auch hinsichtlich der Fürsorge vorbildlich gewirkt. Zur Zeit bietet es noch eine Reihe von Einrichtungen, die für uns manches Neue und Anregende enthalten, vor allem die Pariser Anstalten. Hier handelt es sich einmal um die für Knaben bestimmte grosse Abteilung in Bicêtre und die dabei liegende, für Mädchen bestimmte Fondation Vallée, beide unter der Leitung von Dr. med. Bourneville. Ferner besteht für schwachsinnige Mädchen eine Abteilung in der Salpêtrière unter Dr. med. Voisin. Schliesslich ist zu erwähnen die der Hauptstadt benachbarte Irrenanstalt von Perray-Vaucluse, die 3 Services hat, darunter eins für idiotische Kinder unter Dr. Blin. Diese Anstalten beherbergen 1070 Kinder, mithin 3,03 : 10000 Einwohner.

Diese durchaus ärztlich geleiteten Anstalten leisten recht Gutes, insbesondere sind die unter Bourneville's Direktion stehenden Einrichtungen in vieler Hinsicht vorbildlich, nicht zum wenigsten auch für den Unterricht. Bourneville hat es in geradezu genialer Weise verstanden, Methoden zur Entwicklung und Förderung der defekten Fähigkeiten der Kinder zu ersinnen, zur Unterweisung in den mannigfaltigsten Sinneseindrücken, zur Weckung der Aufmerksamkeit, zur Übung im Gebrauch der verschiedenen Körperteile usw. Dazu ist seine Abteilung auch eine Pflanzstätte der Idiotenforschung, sein 24 bändiges Sammelwerk, die Publications du Progrès médical, Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, ist eine Fundgrube sowohl für die Behandlung, Methodik und Didaktik wie auch für die Kasuistik auf Grund sorgfältigster Beobachtung. Dabei verstand er es meisterhaft, durch wohlorganisierte Materialsammlung ein unschätzbares Museum von anatomischen Präparaten wie von Lehrmitteln zu schaffen. Allerdings läuft bei seinen methodischen Neuerungen manches weniger Zweckmäßige mit unter und die so unentbehrliche

histologische Seite der Forschung ist hinter der makroskopischen Darstellung etwas zurückgeblieben; auch die Deutung der Befunde wird nicht ausnahmslos auf allgemeine Zustimmung stossen. Im ganzen aber stellen die Anstalten Bourneville's in mancher Hinsicht ein von unseren Einrichtungen noch nicht erreichtes Vorbild dar.

Von Pariser Privatanstalten nenne ich nur Vitry sur Seine, die auch unter Bourneville's Oberleitung steht, und dann die luxuriöse Anstalt von Langlois zu Eaubonne, die einzige unter pädagogischer Leitung.

Die Départements beherbergen in ihren Irrenanstalten vielfach Idioten auch jugendlichen Alters, der Unterricht ist allerdings nur in einem Teil der Anstalten organisiert. In 65 Irrenanstalten sind nach einer Statistik 1206 idiotische Kinder untergebracht. Ich besuchte die noch im Werden begriffene Einrichtung in Blois, und dann neben den Irrenanstalten von Orléans und Amiens noch die zu Armentières, wo als Appendix an die Départementsanstalt eine Idiotenabteilung von etwa 100 Plätzen mit Unterrichtsgelegenheit besteht.

Daneben befinden sich noch idiotische Kinder in geistlicher Pflege, doch ist über diese Anstalten nicht leicht etwas zu erfahren. Zu nennen sind die Anstalten des reformierten Bekenntnisses von John Bost zu Laforce in der Dordogne mit 535 Zöglingen.

Über Knappheit der Mittel wird vielfach geklagt, wahrscheinlich macht sich auch hier die grössere administrative Abhängigkeit der Irrenanstaltsdirektoren ungünstig bemerkbar. Die Pariser Einrichtungen beweisen jedoch, dass unter ärztlicher Leitung sowohl die Forschung wie auch die methodische Unterweisung ausgezeichnet gedeihen kann.

Es sei noch hinzugefügt, dass Hilfsschulen in Frankreich noch nicht existieren, wohl aber gibt es Zwangserziehungseinrichtungen, die écoles de correction, ferner die interessante, schön eingerichtete Anstalt „Théophile Roussel" bei Sartrouville in der Nähe von Paris, die bei moralisch defekten Kindern prophylaktisch wirken soll, also eine école de préservation morale. —

Die englische Idiotenfürsorge ist auf einer anderen

Grundlage aufgebaut, doch haben auch bei ihr die Ärzte durchaus die führende Stellung. Gerade englische Ärzte wie Shuttleworth, Fletcher Beach und in Schottland Ireland haben ja die Erforschung des Idiotismus ganz wesentlich gefördert.

Von behördlich eingerichteten Instituten sind zu nennen die Anstalten von London, unter dem metropolitan asylums board.

Als Aufnahmeanstalt für Schwachsinnige dient Tooting back (772 Patienten).

Von hier aus gelangen erwachsene, nicht arbeitsfähige Schwachsinnige nach Leavesden (2000 Plätze) und Caterham (2000 Plätze), während Jugendliche sowie fernerhin erwachsene Arbeitsfähige in die 2000 Pfleglinge zählende Idiotenanstalt Darenth aufgenommen werden. Dazu kommen noch einige kleinere Institutionen, Rochester house, Gore farm, Belmont. Durchweg steht die Oberleitung den Ärzten zu; die Zahl der Hilfsärzte ist nicht besonders gross, infolgedessen bleibt auch für die wissenschaftliche Forschung nicht sehr viel Zeit übrig. Mit welch grossen Mitteln diese Institute jedoch arbeiten, ergibt sich schon aus der Tatsache dass die Chefärzte 600—800 Pfundsterling Gehalt beziehen.

Daneben bestehen für das Land eine stattliche Reihe von Wohltätigkeitsanstalten, von 100 bis über !600 Pfleglingen: Colchester im Osten, Starcross im Westen des Landes, Earlswood bei London, Knowle bei Birmingham, und die am schönsten eingerichtete Anstalt Royal Albert asylum in Lancaster für die nördlichen Grafschaften. Sie stehen zum Teil unter ärztlicher Leitung, zum Teil ist die Frage, ob Arzt oder Pädagoge, in salomonischer Weise dadurch gelöst, dass ein Verwaltungsmann die Leitung führt, dem gewöhnlich ein Arzt beigeordnet ist. Neben den Pfleglingsgeldern sind es vor allem die grossen Erträgnisse der englischen Privatwohltätigkeit, wodurch diese Anstalten unterhalten werden. So wurden für Colchester in einem Jahre 1549 Pfund gestiftet; in Lancaster werden auf den Stiftungstafeln überhaupt nur die Spenden von 500 Pfund aufwärts eingetragen. Eine Wohltätigkeitsstiftung für einige wenige leicht Schwachsinnige ist Sandle

Bridge bei Manchester. Manche Anstalten haben Filialen an der Seeküste zur Erholung für körperlich Schwächliche.

Pflege, Unterricht, sowie Handfertigkeit- und Handwerksbeschäftigung werden eifrig geübt, mehr Nachdruck als auf Elementarunterricht liegt auf der praktischen Bethätigung. Dabei sind durchweg die vorzüglichen hygienischen Einrichtungen zu rühmen, die ja auch schon Siemerling*) 1886 bei seinem Besuch in Earlswood hervorgehoben hat. Was da in Bezug auf Badeeinrichtungen, Kalt- und Warmwassergebrauch, Klosets usw. geboten wird, dem haben wir nichts Ähnliches an die Seite zu stellen. Luftraum, Wäsche, auch Kost sind reich und trefflich. Vor allem ist nirgends auch nur eine Spur von Gestank infolge der Bettnässer zu konstatieren, der in manchen deutschen Idiotenanstalten noch eine traurige Rolle spielt. Zwangsstühle und Zwangsjacken sind selbstverständlich ausgeschlossen, ganz vereinzelt werden Handschuhe oder geschlossene Ärmel getragen; Isolierung wird nur in seltenen Ausnahmefällen angewandt und muss jedesmal in ein Buch registriert und der Behörde mitgeteilt werden. Sehr gut organisiert sind die Nachtwachen. Ausgezeichnet sind die Revisionen organisiert, sehr häufig sind Komiteesitzungen und der Besuch von Komiteeleuten, so dass die Pfleglinge selbst vielfach den Besucher fragen, ob er zu den Commissioners gehöre.

Daneben existieren noch für die wohlhabenden Idioten einige Privatanstalten, teils in kleinerem Umfang, wie bei Dr. Shuttleworth für 10 Kinder, teils für grössere Mengen, wie etwa die luxuriöse Anstalt Normansfield von den Brüdern Dr. Langdon Down zu Hampton wick bei London für 150 Pfleglinge.

Es sei noch erwähnt, dass die Hilfsschulen für Schwachbefähigte in England florieren, daneben existieren mannigfache Schulen für Krüppel, für Schwachsichtige usw.

Die Fürsorgeerziehung kennt zunächst sogenannte Industrial Schools für Kinder, die sich dem Schulzwang zu entziehen suchen, dann besteht ein Training Ship für die Jungen und schliesslich eine Reihe von geschlossenen Zwangserziehungsanstalten.

*) Archiv für Psychiatrie. Bd. XVI, 1886.

Für Mädchen, denen Verwahrlosung droht, wurde neuerdings in London eine County council residential home geschaffen.

Es sei hervorgehoben, dass die Anweisung und Überwachung dieser Pfleglinge in Hilfsschulen und Fürsorgeerziehungsanstalten von Seiten beamteter Ärzte der Grafschaften vollzogen wird und dass weiterhin noch beamtete Ärzte von Seiten der Regierung diese Einrichtungen zu inspizieren haben. —

Wenn wir nach der Übersicht über die Idiotenfürsorge dieser 3 Kulturstaaten fragen, was könnte an unseren deutschen Einrichtungen für Idioten noch vervollkommnet werden, so tritt uns vor allem das Problem der Anstaltserrichtung und Anstaltsleitung entgegen.

Vor Jahren hat Wildermuth bereits treffend hervorgehoben. dass bei uns schon wegen der Grösse der Aufgabe, eine Fürsorge für viele Tausende abnormer Kinder zu bieten, ohne staatliches Eingreifen nichts Ausreichendes geleistet werden kann. Das ist ja auch der Sinn des preussischen Gesetzes vom 11. Juli 1891, die Verstaatlichung der Idiotenfürsorge, natürlich im weitesten Sinne genommen, vor allem als Eingreifen der Kreise und auch der grossen städtischen Gemeinden, die ja durch Entfernung der sonst die Normalschule belastenden Kinder manches im Schulbetrieb selbst ersparen. Von geistlicher Seite, die von der Verstaatlichung der Idiotenfürsorge nichts wissen will, wurde ausgerechnet, dass Preussen mindestens 30 Millionen zum Ankauf der bestehenden Privatanstalten nötig hätte. Das wäre ein Betrag, der neben den Lasten für die Irrenpflege nicht gering, doch auch keineswegs unerschwinglich erscheint. Zur Zeit kann es sich jedoch, wenn wir das praktisch Erreichbare im Auge behalten, nicht um derartige radikale Eingriffe handeln. Es liegt nicht in der Absicht des Referenten, Sturm zu läuten gegen die bisherigen Anstaltsgründer und Anstaltsleiter, die ja vielfach mit grosser Selbstverleugnung, mit unablässigem Eifer und oft mit gutem Geschick ihre Anstalten versehen haben. Die Traditionen sollen möglichst berücksichtigt werden. Um so entschiedener aber müssen die Ärzte dafür eintreten, dass bei künftigen Neueinrichtungen ihre Stimme nicht ungehört verhallt. Das

von Nichtärzten herausgegebene neue „Handbuch der Schwachsinnigenfürsorge“ *) sagt treffend S. 53: „Wie Staat und Land für grosse Institute für Blinde und Taubstumme gesorgt haben, so sind sie auch verpflichtet, sich der Schwachsinnigen anzunehmen.“ Bayern sorgt staatlich für seine erwachsenen Geisteskranken, seine Blinden und Taubstummen; warum gerade nicht für seine Idioten? Gerade bei ihnen ist die staatliche Fürsorge entschieden noch wichtiger als bei den Blinden und Taubstummen. Menschen, die auf Grund geistiger Abnormität nicht imstande sind, ihre Rechte zu wahren und über sich selbst zu verfügen, bedürfen besonderer Fürsorge. Eine Ehrenpflicht jedes Kulturstaates ist es darum, für seine geistig Abnormen die denkbar beste Schutzgelegenheit zu bieten, und das sind eben öffentliche, staatliche Anstalten. Das erste Ziel, das jeder Sachverständige hinsichtlich der Idiotenfürsorge anerkennen muss, lautet darum: Verstaatlichung.

Wenn die Frage der Anstaltsleitung rein verwaltungstechnisch betrachtet wird, so kann man zugeben, dass auch ein praktisch veranlagter Geistlicher diese Geschäfte versehen könnte, ebensogut wie auch ein Jurist oder ein pensionierter Offizier schliesslich dazu imstande wäre.

Nach der Seite der spezifischen Tätigkeit, der besonderen Eignung für die Idiotenfürsorge, kommt jedoch das Wirken des Geistlichen noch als ein pädagogisches in Betracht. Soweit er jedoch lediglich Theologe ist, wird die Verständigung nicht leicht. Auch heute noch ist seine ganze Anschauung von den Psychosen doch vielfach eine von Grund aus andere als die des Arztes. Schüle**) trat bereits auf gegen die so oft als Dogma vertretene Ansicht von der „gemütlichen Tiefe“ und dem „wahrhaft religiösen Sinne“ der Schwachsinnigen, und Wildermuth widersprach energisch den sentimental-süsslichen Behauptungen von dem bei Idioten angeblich vorhandenen besonderen Verständnis für religiöse Dinge oder von ihrem Eindringen in die Heilswahrheiten oder von der durch Pfarrer Kobelt behaupteten ausserordentlichen Empfänglichkeit für

*) Bösbauer, Miklas und Schiner, Leipzig-Wien, 1905.

**) Klinische Psychiatrie, 3. Auflage 1886, Seite 504.

das Ewige. Probst Palmer*) verlangte 1895 auf der 8. Konferenz für das Idiotenwesen, dass das idiotische Kind vor allem dahin gebracht werde, dass es den klaren und bewussten Entschluss fassen könne: „ich will ein Kind Gottes sein“.

Im wesentlichen ist es noch derselbe Standpunkt, den neben vielen anderen Geistlichen 1853 Pastor Fink in einem Koller gewidmeten Buche vertrat, wo er den Irrsinn und die Krankheit überhaupt als Sünde anspricht, Lähmung der Hände infolge von Diebstahl oder Meineid behauptet, und für je 50 bis 70 Irrenanstaltspfleglinge einen Geistlichen verlangt. Wo derartige Auffassungen von den psychischen Eigenschaften des Idioten herrschen, kann man sich nicht wundern, dass auch noch behauptet wird, gegen die Epilepsie sei Elsternasche und Eselsblut heilsam gewesen, wenn es aus der rechten Quelle bezogen wurde.**)

Hinsichtlich des Pflegepersonals aus Ordensgesellschaften sind die nämlichen Erwägungen anzustellen wie in der Irrenpflege. Die Verwaltung wird durch die ausserhalb der Anstalt stehenden Ordens- und Vereinsvorgesetzten des Personals erschwert. Beachtenswert ist, dass auch der verdiente Gründer der grossen Alsterdorfer Anstalten, Pastor Sengelmann, sich nie auf das Ordenspflegepersonal einliess und dass heute noch in Alsterdorf Laienpersonal den Dienst versieht.

Zu Unrecht sucht man von geistlicher Seite Ärzte namhaft zu machen, die den nicht-ärztlichen Standpunkt vertreten hätten, etwa Dr. Lähr oder Dr. Laquer, die sich jedoch durchaus gegen eine solche Annahme verwahren, oder auch Medizinalrat Dr. Weber, obwohl gerade von ihm in der 2. Hauptversammlung des deutschen Medizinalbeamtenvereins***) unter allgemeiner Zustimmung die These aufgestellt worden ist: Die Leitung der

---

*) Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer Bd. XI.

**) v. Bodelschwingh's Christlicher Ratgeber für Epileptische. Bielefeld 1888.

***) Offizieller Bericht über die 2. Hauptversammlung zu Leipzig am 14. und 15. September 1903. Berlin 1903 b. H. Kornfeld, S. 74.

Anstalten für Geisteskranke, Idioten, Trunksüchtige und Epileptiker ist ausschliesslich Ärzten zu übertragen!

Hinsichtlich der Anstaltsleitung kann es sich nur um die Frage handeln: Medizinisch oder pädagogisch. Dass die leichteste Form des Schwachsinns, soweit sie in Hilfsschulen ihre Aufnahme findet, lediglich pädagogisch geleitet werden soll, hat bei uns noch Niemand bestritten, nur sollte dabei ein ärztlicher Berater immer angestellt sein. Selbst die englische Einrichtung einer ärztlichen Revision und ärztlichen Einweisung für die Hilfsschulen hat in Deutschland noch Niemand verlangt.

Oft genug wurde von namhafter Seite mit guten Gründen die ärztliche Leitung für die Idioten beansprucht. Für die tiefstehenden Idioten besteht die Behandlung vorzugsweise in der Pflege nach möglichst hygienischen Grundsätzen, so wie etwa bei unseren siechen Geisteskranken. Dabei sind die Jugendlichen auch auf tiefer Stufe immer wenigstens in Bezug auf die einfachsten Verrichtungen, Reinlichkeit, richtige Nahrungsaufnahme, auch die einfachsten sprachlichen Ausserungen anzuhalten, wozu sich am meisten wohl instruiertes, weibliches Pflegepersonal eignet. Auch der Pädagoge Dr. phil. Heller**) sagt: „Schwere Fälle von Idiotie gehören unter ausschliesslich ärztliche Aufsicht". Ja, noch auf der letzten, XI. Konferenz für das Idioten- und Hilfsschulwesen (6.—9. September 1904 Stettin) hat der Vorstand der Rastenburger Idiotenanstalt, Dr. phil. Gündel, in einem Vortrage „Über die Erziehungsanstalten für Geistesschwache" Erziehungsanstalten für unterrichtsfähige Geistesschwache verlangt, unter pädagogischer Leitung, daneben aber noch Blödenanstalten für bildungsunfähige Idioten, also offenbar unter ärztlicher Fürsorge.

Bis heute ist jedoch in den meisten Staaten und Provinzen diese Fürsorge noch ein frommer Wunsch.

Anders scheint es bei den sogenannten bildungsfähigen Idioten und Imbecillen jugendlichen Alters, die einem Spezialunterricht in Elementarfächern, in Handfertigkeit und Handwerken zugänglich sind.

**) Grundriss der Heilpädagogik. Leipzig 1904.

Während die pädagogische Pflege, die den Bildungsunfähigen zu teil wird, auch von den Irrenärzten tagtäglich bei ihren verblödeten und siechen Patienten geleistet wird, handelt es sich bei den Bildungsfähigen wenigstens zu einem gewissen Teil um Unterricht, zu dessen Erteilung eine didaktische Vorbildung wünschenswert ist, und weiterhin um Unterweisung in Handwerken. In die engste Berührung mit diesen Schwachsinnigen tritt daher der Elementarlehrer, der sich gerade hinsichtlich der Heilpädagogik speziellere Kenntnisse ausserhalb seines Seminars aneignen muss, und daneben noch der auch eines gewissen Verständnisses für geistig Abnorme bedürfende Handwerksmeister, von dessen Seite übrigens bisher noch kein Anspruch auf die Direktion erhoben worden ist! Zur Oberleitung der Pflege könnte nun das Wort von Dr. Kern gelten, dass die betreffende Persönlichkeit Lehrer und Arzt in einer Person sein solle. Gerade Kern selbst hatte ja als Lehrer angefangen und dann noch Medizin studiert. Indess wird dieser Weg nur für Wenige gangbar sein. Pastor Bernhardt*) sagte auf der Konferenz für Idiotenpflege 1886: „Wer soll Direktor sein? . . . wer von Hause aus die Gabe hat, zu dirigieren, wird brauchbar sein. Steht ein Arzt voran, wird er sich in die pädagogischen Maßnahmen einleben müssen und umgekehrt; es ist das auch gar nicht so schwer.“ Was letzteres Wort betrifft, so ist es jedenfalls leichter, dass Jemand, der das weit mehr Zeit in Anspruch nehmende medizinische Studium erledigt hat, sich noch in die Grundzüge der Pädagogik einführen lässt, als umgekehrt, ebenso wie selbstverständlich auch die Unterordnung des mit 19 Jahren vom Lehrerseminar abgegangenen Lehrers unter den spezialistisch ausgebildeten Arzt natürlicher erscheint als das umgekehrte Verhältnis. Voraussetzung bildet selbstverständlich Lust und Liebe zur Idiotenpflege und ein gewisses didaktisches Geschick, das ja auch bei vielen Irrenärzten in ihren Wärterkursen, Samariter-Unterricht usw., ganz abgesehen von der psychiatrischen Beeinflussung der Irren selbst, schon zur Geltung kommt. Auf Grund

---

*) Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer. Bd. III, 1887, S. 30.

dieser Erwägungen ist darum für Anstalten, die sogenannte Bildungsunfähige und Bildungsfähige gemeinsam beherbergen, schliesslich doch der Arzt der geeignete Leiter, der selbstverständlich einen Stab von pädagogischen Hilfskräften haben muss, so gut wie auch von Handwerksmeistern, die sich darum sämtlich keineswegs gedrückt zu fühlen brauchen, sondern dieselbe wichtige und geachtete Stelle einnehmen, wie in Irrenanstalten mit kolonialem Betrieb die Ökonomie-Inspektoren. Würde man etwa die Leitung der kolonialen Irrenanstalt einem Landwirt übertragen?

Hervorheben will ich noch, mag es auch vor diesem Hörerkreis selbstverständlich klingen, dass unter Arzt hier stets der auf der Höhe moderner Ausbildung stehende Psychiater verstanden ist, der keineswegs nur die körperliche Seite seiner Schutzbefohlenen, sondern gerade die geistigen Verhältnisse berücksichtigt, die Feststellung der Defekte, die Mittel und Wege zur Hebung der Mängel, die Fortschritte der geistigen Fähigkeiten. Der Grenzwächter zwischen geistiger Gesundheit und Abnormität ist bei Ewachsenen wie bei Jugendlichen einzig und allein der Psychiater, der eben beide Reiche kennt, während jeder Laie, mag er auch pädagogisch noch so gut vorgebildet sein, doch nur im Bereiche der geistigen Gesundheit kompetent zu sein vermag und Alles, was er etwa über geistige Abnormität erfährt, lediglich von dem Psychiater entlehnt hat.

Gegen die Hervorkehrung des Gegensatzes zwischen bildungsunfähigen und bildungsfähigen Idioten in der üblichen Weise sind nun doch triftige Gründe vorzubringen. Gewöhnlich wird der Begriff der Bildungsfähigkeit recht weitfassend gebraucht, schon um den Eltern des idiotischen Kindes einen Gefallen zu erweisen. Wenn nur ein paar Worte gelallt, ein paar hieroglyphische Zeichen gekritzelt oder die primitivsten Handarbeitsverrichtungen ausgeführt werden, dann spricht man vielfach schon von bildungsfähigen Idioten. Für den sozialen Weg des geistig Abnormen hat eine solche Bildungsfähigkeit keineswegs eine ausschlaggebende Bedeutung, denn auch für ihn besteht ebenso gut wie für die allertiefsten Formen, die

kein Wort sprechen können, die mühevoll gefüttert werden müssen und ihre Entleerungen unter sich lassen, die Zukunft doch in einer bleibenden Anstaltspflege. Auch der primitive Elementarunterricht hat bei den Idioten und vielen Imbecillen lediglich sekundäre, untergeordnete Bedeutung.

Wir müssen vielmehr in sozialer Hinsicht eine andere Grenze setzen, ähnlich wie auch bei den erwachsenen geistig Abnormen. Sozial betrachtet handelt es sich bei ihnen in erster Linie um die grosse Frage: dauernd anstaltsbedürftig oder nicht. Alle anderen, noch so interessanten Erwägungen klinischer und sonstiger Art haben jener Frage gegenüber sekundäre Wichtigkeit. Ganz ebenso lässt sich bei den jugendlich Schwachsinnigen auch als Hauptunterscheidungsmerkmal hinsichtlich ihrer Fürsorge die Frage aufstellen: Ist der Schwachsinnige dauernd der Anstalt bedürftig oder wird es gelingen, ihn soweit geistig und körperlich zu fördern, dass er dereinst in bescheidener Weise selbständig ausserhalb der Anstalt leben kann? Das sind die beiden Hauptgruppen: Entlassungsfähig oder nicht. Einrichtungen für erstere entsprechen der Stufe der Hilfsschulen unserer grösseren Städte, wo ja auch die Tendenz herrscht, die Zöglinge erwerbsfähig ins Leben zu schicken, was ihnen bei geschickter Auswahl und entsprechendem Schulerfolg auch in $^7/_8$ der Fälle gelingt. Ähnlich ist die Tendenz der sächsischen Landesanstalten für Schwachsinnige, während die tieferen Stufen dort in der Anstalt Hubertusburg untergebracht sind. Jene Stufe der den Hilfsschulzöglingen entsprechenden, dereinst erwerbsfähigen Imbecillen ist vorwiegend pädagogisch zu fördern, wenn auch als Beirat an grossen Anstalten, die also gewissermaßen Hilfsschulen für die Landgemeinden entsprechen, ein Psychiater notwendig ist, wie in Grosshennersdorf.

Handelt es sich jedoch um tiefer stehende Fälle, um Idioten aller Art oder auch um dauernder Anstaltsfürsorge bedürftige Imbecille, so gehören sie unter psychiatrische Aufsicht, einerlei ob der Lehrer oder Handwerksmeister ihnen noch ein bischen Schreiben und Lesen oder Schustern und Schneidern beibringen kann oder nicht.

Selbstverständlich darf die Grenzscheidung nicht allzu rigoros sein, lässt sich doch die Prognose der Entlassungsfähigkeit nicht immer frühzeitig ganz sicher stellen. In den meisten Fällen aber ist unzweifelhaft nach einem Jahr Aufenthalt in einer der gedachten, den Landeshilfsschulen entsprechenden Anstalten, wie ja auch in den Hilfsklassen unserer Städte selbst, doch schon zu entscheiden, ob das Kind voraussichtlich dauernd anstaltsbedürftig ist. Gerade diese Befreiung von dem doch nur mangelhaft zu entwickelnden, tiefer stehenden Kindermaterial müsste den Pädagogen derartiger Landeshilfsschulen erwünscht sein, zur Erzielung grösserer Lehrerfolge bei den übrigen Kindern.

Ist der Pflegling in das erwachsene Alter eingetreten, so kann der Entlassungsfähige in einem geeigneten Arbeitsplatz untergebracht werden, wobei sich eine gewisse Beaufsichtigung von Seiten der Anstalt bisher recht gut bewährt hat.

Nicht entlassungsfähige, erwachsene Schwachsinnige dürfen sich jedoch hinsichtlich der Pflege nicht wesentlich von den dauernd anstaltsbedürftigen Irren unterscheiden. Soweit sie arbeiten können, sollten sie gleich den übrigen arbeitsfähigen, anstaltsbedürftigen Geisteskranken gehalten werden, selbstverständlich unter psychiatrischer Pflege, die ja gerade in unseren kolonialen Anstalten für Geisteskranke so vorzügliche Erfolge aufzuweisen hat. Das Steckenbleiben erwachsener Idioten in den für die Jugendlichen bestimmten Anstalten, in deren Schulklassen und Spielsälen, ist durchaus unzweckmäßig und auch die gelegentlichen Versuche der Errichtung von „Altersheimen“ für solche Fälle unter einer nichtärztlichen Leitung sind nichts als eine durchaus unzeitgemäße Winkelpsychiatrie oder selbst Kurpfuscherei.

Das Erziehungsziel, ob entlassungs- und erwerbsfähig oder nicht, muss das Unterscheidungsmerkmal zwischen vorwiegend psychiatrischer und pädagogischer Kompetenz darstellen.

Beim Blick auf die bestehenden Verhältnisse ist somit zu gestehen, dass dem ärztlichen Einfluss noch bei weitem nicht die gebührende Stellung eingeräumt ist. Die Mittel und Wege

zur Besserung dieser Lage sind mannigfach. Keineswegs ist es notwendig, dass in allen Staaten die Idiotenfürsorge uniform organisiert wird. Vor allem bleibt auch, wenn wir die Frage der Verstaatlichung und der Verärztlichung bejahen, noch das Problem: Soll die Idiotenfürsorge selbständig neben den Irrenanstalten eingerichtet werden, wie etwa in Hannover und Brandenburg oder Mecklenburg-Schwerin, oder sollen die Idiotenanstalten etwa für jede Provinz und jeden einzelnen Staat angeschlossen werden an eine Irrenanstalt? Wohl sind die genannten Anstalten in ihrer Art mustergiltig, soferne sie nur die drei Hauptaufgaben der Idiotenfürsorge erfüllen: Pflege der tiefsten Stufe, Unterweisung der jüngeren Bildungsfähigen und Beschäftigung der erwachsenen Anstaltsbedürftigen. Die letztere Aufgabe, vor allem die Feldarbeit und Handwerkstätigkeit der Erwachsenen unterscheidet sich nicht von der Fürsorge für die kolonialen Geisteskranken und könnte von vornherein in unseren Irrenanstalten mit Landwirtschaftsbetrieb erfüllt werden.

Die Versorgung Jugendlicher verlangt eingehendes Differenzieren und Individualisieren, deshalb sollte eine derartige Anstalt nicht zu klein sein, was sich auch aus ökonomischen Gründen, Ankauf der Lebensmittel usw., nicht empfehlen würde. Die schöne Schweriner Anstalt mit etwa 150 Insassen bildet die untere Grenze. Dringend erwünscht wäre es, wenn auch für die Fälle vor dem 5. Lebensjahre, die medizinisch und auch pädagogisch oft sehr wohl beeinflussbar und wissenschaftlich von grosser Bedeutung sind, ebenfalls mehr Unterkunftsgelegenheiten geschaffen würden. Im ganzen wird es sich wohl eher empfehlen, die jugendlichen Idioten an eine der Irrenanstalten eines Bezirkes anzuschliessen, nicht als eine weitere Abteilung, sondern als ein besonderes Appendix, etwa in der Art eines Vorwerks. Dadurch wird es leichter, die Erfahrungen der Irrenpflege auch bei den Idioten anzuwenden, ferner bildet dieser Teil des Anstaltsorganismus für die Ärzte eine besonders anregende Aufgabe und vor allem, es wird auch, rein praktisch betrachtet, die Errichtung solcher angegliederter Anstalten eher möglich sein, als die separater Idiotenanstalten: Zu letzterer würde die spezielle Initiative im wesentlichen in der Hand der Provinzialbehörden liegen, während bei der

Frage der Beschaffenheit eines Irrenanstaltsneubaues die Irrenärzte zu Rate gezogen werden und dann selbständig die Anregung zur Mitschaffung einer Idioteneinrichtung gleichzeitig mit der Anstalt geben können. Auf diese Weise wird am ehesten eine Besserung der gegenwärtigen, vom Standpunkte ärztlicher Fürsorge unzureichenden Verhältnisse ermöglicht! —

Mit Absicht habe ich die Epileptischen nicht berücksichtigt, obwohl doch mindestens $^1/_3$ der Idioten auch epileptische Symptome darbieten. Dass die Epilepsie eine fortwährend im Flusse befindliche Krankheit ist, lässt sich nie und nimmer bestreiten, und trotzdem sehen wir tausende und abertausende Epileptiker noch fern von der adäquaten Behandlung untergebracht in nichtärztlichen Idiotenanstalten.

Ich stehe am Ende meiner Ausführungen. In kurzer Fassung kann ich die folgenden Thesen aufstellen:

1. Idiotismus ist ein Sammelbegriff, die Idioten zerfallen ätiologisch, anatomisch und psychologisch in zahlreiche, ganz verschiedene Gruppen, bieten aber doch wieder klinisch und therapeutisch gemeinsame Grundzüge. Die Psychiatrie hat zunächst die Aufgabe der Erforschung dieser Gruppen nach ihren Grundlagen, nach ihrem, vielfachen Veränderungen unterworfenen klinischen Verhalten und ihrer medizinischen Behandlungs- und Besserungsmöglichkeit.

2. Die bildungsunfähigen Schwachsinnigen gehören unter allen Umständen in ärztliche Pflege, ebenso alle mit epileptischen Symptomen.

3. Die jugendlichen bildungsfähigen Schwachsinnigen, soweit bei ihnen als Ziel des Unterrichts und der Erziehung die Förderung bis zur Lebensführung ausserhalb der Anstalt, wenn auch mit Unterstützung, noch angenommen werden kann, sind von den tiefer stehenden, voraussichtlich dauernd Anstaltsbedürftigen getrennt zu behan-

deln, im wesentlichen den Hilfsschulen entsprechend unter pädagogischer Aufsicht durch Unterricht in Elementarfächern, Handfertigkeit und Handwerken, jedoch nicht ohne ständige Mitwirkung des Arztes.

4. Erwachsene, nicht entlassungsfähige Schwachsinnige gehören in eine Anstaltsbehandlung gleich den sekundär verblödeten Geisteskranken.

5. Am zweckmäßigsten ist die Angliederung der Idiotenfürsorge an das System der staatlichen Irrenanstalten.

Meine Herren! Sie werden mir zugestehen, dass ich sine ira die verschiedenen Meinungen abzuwägen versucht habe. Trotzdem werden die Vertreter der nichtärztlichen Idiotenfürsorge heftigen Widerstand leisten. Diese Rücksicht, inwieweit eine Stellungnahme allseitige Zustimmung findet und der Zeitpunkt etwa opportun erscheint, darf indes nicht den Ausschlag geben, sonst wären auch der Irrenfürsorge, die ähnliche Kämpfe gegenüber Nichtärzten durchzumachen hatte, viele der grossen Fortschritte des letzten Jahrhunderts versagt geblieben. Die einzige Richtschnur, die für unsere Haltung maßgebend sein darf, ist vielmehr die Sorge für das Wohl unserer Kranken!

Was sind

Zwangsvorgänge?

Von

Privatdozenten Dr. **Bumke,**
Assistenten an der psychiatrischen Klinik in Freiburg i. B.



Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold
1906

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von
Professor Dr. Konrad Alt,
Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

unter ständiger Mitwirkung

der Herren Prof. Dr. Anton in Halle, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln a. Rh., Geh. Rat Dr. Binswanger in Jena, Prof. Dr. Bruns in Hannover, Prof. Dr. Cramer in Göttingen, Hofrat Prof. Dr. Fürstner in Straßburg, Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Prof. und Direktor Dr. Kirchhoff in Neustadt (Holstein), Medizinalrat Dr. Krömer in Conradstein, Nervenarzt Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Medizinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Dr. P. J. Möbius in Leipzig, Med.-Rat Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöß in Kierling-Gugging b. Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Greifswald, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Rat Dr. von Strümpell in Breslau, Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Sanitätsrat Dr. Wildermuth in Stuttgart, Prof. Dr. Windscheid in Leipzig, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh.-Rat Dr. Ziehen in Berlin.

herausgegeben von

Professor Dr. A. Hoche,
Freiburg i. Br.

Band VI, Heft 8.

M. H.[1]) Die Eigenart des heute zur Diskussion gestellten Themas legt den Referenten die Verpflichtung auf, bevor sie an ihre Aufgabe herantreten, ihren Arbeitsplan und ihre Arbeitsteilung mitzuteilen und zu begründen. Es soll das Gebiet abgegrenzt werden, das den Zwangserscheinungen in der Psychopathologie zukommt. Zwangsvorstellung aber ist die Bezeichnung für ein Symptom, und der Ausdruck Zwangsvorgänge bedeutet für manche eine klinische Diagnose. Als das Ziel des Referates kann also entweder ein scharf skizziertes Krankheitsbild gelten oder aber eine genaue Symptomenanalyse.

Nun braucht man nur mehrere neuere Arbeiten über die psychischen Zwangszustände miteinander zu vergleichen, um sich zu überzeugen, daß die Worte „Zwangsvorstellungen" und „Zwangserscheinungen" nicht überall in demselben Sinne gebraucht werden, daß über den Inhalt und die Bedeutung dieser Ausdrücke eine Einigung nicht erzielt ist. Daraus folgt, daß unsere erste Aufgabe eine rein symptomatologische ist und die Feststellung des Tatbestandes zum Ziele haben muß, der Zwangsvorgang genannt werden soll. Erst wenn diese Aufgabe gelöst ist, wird die weitere Frage nach dem klinischen Vorkommen und nach der praktischen Bedeutung dieser Krankheitserscheinungen mit Nutzen gestellt werden können.

Was sind Zwangsvorstellungen?

„Eine formale Störung des intellektuellen Lebens, bestehend in Störung des freien Flusses der Vorstellungen, ihrer Assoziation, Apperzeption, Reproduktion und dadurch sich ergebender

[1]) Referat, erstattet auf der 36. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe am 4. November 1905.

Konzentration auf wenige vom schmerzlichen Fühlen diktierte Gedankenkreise, womit das Stagnieren einzelner Vorstellungsmassen und eine Störung ihres Gleichgewichtes in Form vom schmerzlichen Fühlen beständig angeregter Vorstellungen, die keinen Gegensatz im Bewußtsein mehr finden, geschaffen wird."[1]) So erklärte v. Krafft-Ebing das Wort, als er es 1867 in die Literatur einführte. Er handelte von der einfachen psychischen Depression und wollte beweisen, daß, wo das Fühlen erkrankt sei, das Vorstellen und Wollen nicht intakt sein könnten. Die schmerzliche Verstimmung lasse nur solche Vorstellungen ins Bewußtsein treten, die ihr adäquat sind, denn das Vorstellen „steht schon unter normalen Verhältnissen unter dem mächtigen Zwange des Fühlens und wo dieses nur noch eine Qualität kennt, muß es ebenso mit dem Vorstellen sein".[2])

Was Krafft-Ebing hier beschrieb, war den Irrenärzten seiner Zeit wohl bekannt. Schon Spielmann[3]) hatte es 1855 als allgemeines Gesetz bezeichnet, daß von allen möglichen Vorstellungen nur jene ins Bewußtsein treten können, die der jeweiligen Stimmung entsprechen, und den Zwang betont, der bei Melancholischen nicht nur den Inhalt der Wahrnehmungen und Vorstellungen, sondern auch die Bewegungsgesetze des Vorstellens beherrsche. Krafft-Ebing mußte also bestimmte Gründe haben, wenn er diese Gedanken besonders benannte und vom Zwangsvorstellen, Zwangswollen und Zwangshandeln der Deprimierten sprach. Er wollte bei „Ärzten, Richtern und Verteidigern" die Ansicht bekämpfen, daß nur, wer irre spreche, auch irre sei.[4]) Die Anschauungen seiner Zeitgenossen, die immer noch den Begriff der Seelenstörung und Willensunfreiheit im Irresein der Intelligenz aufgehen ließen,[5]) machen es verständlich, wenn v. Krafft-Ebing für einen Sonderfall eines

[1]) v. Krafft-Ebing, Beiträge zur Erkennung und richtigen forensischen Beurteilung krankhafter Gemütszustände für Ärzte, Richter und Verteidiger. Erlangen. Ferdinand Enke. 1867. S. 12 und 13.

[2]) l. c. S. 18.

[3]) Johann Spielmann, Diagnostik der Geisteskrankheiten. Wien. Braumüller. 1855. S. 91.

[4]) l. c. S. 9.

[5]) v. Krafft-Ebing, Über gewisse formale Störungen des Vor-

allgemeingültigen und unbestrittenen psychologischen Gesetzes nach einem Terminus suchte, der die Unfreiheit und Unzurechnungsfähigkeit des gemütskranken Rechtsbrechers möglichst unzweideutig hervorhob.

So bezeichnet das Wort Zwangsvorstellung da, wo es uns zuerst begegnet, ohne jeden Zweifel den objektiven Zwang, den die traurige Verstimmung auf den Inhalt des Denkens ausübt. Ob es richtig war, das eine „formale“ Störung zu nennen, sei zunächst dahingestellt.

Genau ein Jahr später gebrauchte Griesinger[1]) dasselbe Wort in einem durchaus anderen Sinne. Griesingers letzter Vortrag, der über die Grübelsucht, ist leider nach seinem Tode nur unvollständig veröffentlicht worden, sonst würden wir vielleicht genauer wissen, was er unter Zwangsvorstellungen verstand. Krafft-Ebings Arbeit hat er wohl nicht mehr kennen gelernt oder jedenfalls doch nicht berücksichtigt. Daß er aber die der depressiven Stimmung entsprechenden traurigen Gedanken und die Hemmung des Vorstellens[2]) nicht als Zwangsvorstellungen bezeichnete, das wissen wir. Für Griesinger waren die Fragen, die sich seinen drei Kranken gegen ihren Willen, trotz ihrer Überzeugung von der Unsinnigkeit dieses Grübelns immer wieder aufdrängten, „Zwangsvorstellungen in Frageform“. Das Unbezwingliche, die Unmöglichkeit, sich von ihnen frei zu machen, trotz des Versuches, sie zurückzudrängen,[3]) das war für Griesinger das Wesentliche an dieser Störung. Der subjektive Zwang also.

So faßten auch Meschede[4]) und Berger[5]) ihre Fälle auf,

---

stellens und ihren Einfluß auf die Selbstbestimmungsfähigkeit. Vierteljahresschrift f. ger. u. öfft. Med. Januar 1870.

[1]) Griesinger, Über einen wenig bekannten psychopathischen Zustand. Sitzg. d. Berl. med. psychol. Gesellsch. 23. März 1868. Arch. f. Psych. I. 1868/69. S. 753 und 626.

[2]) Griesinger, Pathol. und Therap. d. psych. Krankh. Stuttgart. Krabbe. 1861. S. 213.

[3]) Arch. f. Psych. I. S. 633 und 634.

[4]) Meschede, Über krankhafte Fragesucht, Phrenolepsia erotematica etc. A. Zeitschr. f. Psych. 1872. XXVIII. S. 390.

[5]) O. Berger, Die Grübelsucht, ein psychopathisches Symptom. Arch. f. Psych. VI. 1876. S. 217.

obwohl sie in mancher Einzelheit von Griesinger abwichen; auch sie legten den Nachdruck auf den krankhaften Ablauf der Vorstellungen und auf die vom Patienten empfundene Belästigung durch diese Denkstörung. Eine Definition der Zwangsvorstellungen im Sinne Griesingers gab es damals allerdings noch nicht, und deshalb konnte der prinzipielle Gegensatz zur Auffassung Krafft-Ebings so lange latent bleiben. Wohl aber hätte die Sachlage geklärt werden sollen, als Westphal[1]) 1877 seine bekannte Begriffsbestimmung der Zwangsvorstellungen mitteilte: „Unter Zwangsvorstellungen verstehe ich solche, welche bei übrigens intakter Intelligenz und ohne durch einen Gefühls- oder affektartigen Zustand bedingt zu sein, gegen und wider den Willen des betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewußtseins treten, sich nicht verscheuchen lassen, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, welche der Befallene stets als abnorm, ihm fremdartig anerkennt und denen er mit seinem gesunden Bewußtsein gegenübersteht."

Dieser Wortlaut ließ ein Mißverständnis nicht zu. Krafft-Ebing hätte mit vollem Recht seine Prioritätsansprüche auf die Prägung des Wortes „Zwangsvorstellungen" geltend machen können; daß Westphal ebenso wie vor ihm Griesinger nichts weniger im Auge hatte, als die von ihm zehn Jahre vorher beschriebene Störung, daß in dieser Definition der Einfluß der Stimmung auf den Inhalt des Denkens geradezu ausgeschlossen war, darüber hätte er nicht im Zweifel bleiben dürfen. Daß er es doch blieb, ist für die Lehre von den Zwangsvorstellungen verhängnisvoll geworden. Noch 1870[2]) hatte Krafft-Ebing ganz im Sinne jener ersten Publikation über die Zwangsvorstellungen gehandelt; 1878, also ein Jahr nach Westphals Vortrag, schrieb er: „Es gibt zahlreiche Gemüts- und Nervenkranke,

---

[1]) Westphal, Über Zwangsvorstellungen. Berl. klin. Wochenschr. 1877. Nr. 46 S. 669 und Nr. 47 S. 687.

[2]) Über gewisse formale Störungen des Vorstellens etc. Vierteljahresschrift f. ger. und öfft. Med. Januar 1870. Neue Folge XII. — Über Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen. A. Zeitschr. f. Psych. XXXV. 1878, S. 303.

die darüber klagen, daß sie gewisse quälende lästige Gedanken, deren Ungereimtheit und Ungehörigkeit sie vollkommen einsehen, nicht los werden können, daß diese Gedanken sich beständig in ihr bewußtes Vorstellen eindrängen, sie in dem Ablauf desselben stören, dadurch beunruhigen, ja selbst sich mit Impulsen zu entsprechenden Handlungen verbinden, die, je nach dem Inhalte, der Betreffende lächerlich oder abscheulich findet. Solche als krankhaft bewußte, mit krankhafter Intensität und Dauer im Bewußtsein fixierte Vorstellungen habe ich . . . 1867 Zwangsvorstellungen genannt."

Das war ein Irrtum. Was Krafft-Ebing 1867 so genannt hatte, waren nicht Gedanken, deren Ungereimtheit der Patient vollkommen einsieht; die hätten auch wohl kaum die Straftaten der von ihm verteidigten Gemütskranken vor seinem juristischen Publikum entschuldigen können. Erst 1878 gebraucht Krafft-Ebing das Wort Zwangsvorstellung in diesem Sinne, im Sinne von Griesinger und von Westphal; 1867 hatte er von einer derartigen Störung, d. h. „von dem Vorkommen selbständiger, primärer, von jeglicher affektiver Grundlage losgelöster . . . Erscheinungen noch keine Kenntnis gehabt."[1])

Krafft-Ebing hat sich später Westphals Standpunkt noch mehr genähert,[2]) durch die wiederholte Betonung seiner angeblichen Prioritätsansprüche[3]) aber hat er, ohne es zu wollen, den Anlaß zu einem bis heute nicht beseitigten Mißverständnisse gegeben.

Das ist die erste Phase in der Geschichte der Zwangsvorstellungen; sie endet damit, daß zwei grundverschiedene Begriffe in eine Form gezwängt wurden, nur weil sie zufällig einmal mit dem gleichen Namen bezeichnet worden waren. Verschmelzen konnte man beide Begriffe nicht, Westphals Definition galt nicht für Krafft-Ebings Fälle, und wo man

---

[1]) v. Krafft-Ebing, Arbeiten aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie. Leipzig. Barth. 1899. IV. S. 23.

[2]) Vgl. v. Krafft-Ebing, Über Zwangsvorstellungen bei Nervenkranken. Mittlg. d. Vereins d. Ärzte i. Steiermark. 1883.

[3]) v. Krafft-Ebing, Mittlg. an d. Herausgeber d. Neurolog. Zentralbl. 1898, S. 144.

sie doch auf sie anzuwenden versuchte, mußten sich notwendig Meinungsverschiedenheiten ergeben, die nicht ausgeglichen werden konnten. Eine ganze Reihe von Fragen, die heute noch gelöst werden sollen, konnten nur aufgeworfen werden, weil man hüben und drüben von einem ganz verschiedenen Tatbestande ausging.

Dazu kam noch etwas anderes. Auch Griesinger und Westphal waren nicht ohne Vorläufer gewesen; in Frankreich kannte man längst Krankheitserscheinungen, die der Grübelsucht und Westphals Zwangsvorstellungen ähnlich oder verwandt waren. Einen ganz eindeutigen Fall von Zwangsideen hatte schon Esquirol[1]) beobachtet und dabei als besonders charakteristisch den beständigen Kampf des Kranken gegen diese Gedanken und seine klare Einsicht in ihre Lächerlichkeit betont. Brierre de Boisement[2]), Trélat[3]), Baillarger[4]) und viele andere, die hier[5]) zu erwähnen unmöglich wäre, hatten diese Kasuistik vermehrt, ihnen folgten mit groß angelegten Arbeiten Morel[6]) und Jules Falret[7]), der sich auf die Lehre seines Vaters von der Maladie du doute berufen konnte, und endlich

---

[1]) Esquirol, Maladies mentales. 1838. II. Bd. S. 63.

[2]) Brierre de Boisemont, De l'état des facultés dans les délirs partiels ou monomanies. Annales méd.-psychol. 1853. t. V. S. 567.

[3]) Trélat, La folie lucide. Paris 1861.

[4]) Baillarger, Diskussion sur la manie raisonante. Arch. clinique des maladies ment. et. nerv. 1861 und Annales méd.-psychol. 1866. t. VIII. S. 92.

[5]) Von einem vollständigen Literaturverzeichnis ist hier abgesehen worden, weil die Monographie von Löwenfeld, „Die psychischen Zwangserscheinungen". Wiesbaden. Bergmann. 1904, und namentlich die Arbeit von Wolfgang Warda, „Zur Geschichte und Kritik der sogenannten psychischen Zwangszustände". Arch. f. Psych. XXXIX. 1904. H. 1 und 2 sehr übersichtliche Verzeichnisse enthalten.

Von älteren Zusammenstellungen seien die von Wille, Zur Lehre von den Zwangsvorstellungen, Arch. für Psych. XII. 1882, S. 1 und Thomsen, Klinische Beiträge zur Lehre von den Zwangsvorstellungen, Arch. für Psych. XXVII. 1895, S. 319, ausdrücklich erwähnt.

[6]) Morel, Du délir émotif Arch. gén. de méd. I. 1856, S. 385.

[7]) Falret, La folie raisonnante. Annales méd.-psych. 1866, t. 7 S. 382

Legrand du Saulle[1]) mit seiner Monographie über die „Maladie du doute avec le délir du toucher".

Was diese Arbeiten, die von Ladame[2]) sehr übersichtlich zusammengestellt sind, mit den deutschen gemein hatten, das war die Besprechung der Grübelsucht und mancher anderer Zwangsideen im Sinne Westphals; sie enthielten aber mehr. Auch die Phobien, die Westphal von den Zwangsvorstellungen hatte trennen wollen, und die Impulse waren hier in aller Ausführlichkeit besprochen worden. Und alles dies bezeichnete man in Frankreich als „obsessions", und zwar sprachlich durchaus mit Recht. Das Wort, zu deutsch: Besessenheit, wird heute zuweilen ganz im Sinne von Zwangsvorstellung, und zwar entsprechend der Westphalschen Auffassung, gebraucht,[3]) ursprünglich aber hat es viel mehr den pathologischen Zwang überhaupt,[4]) als den bewußten, vom Kranken empfundenen Zwang bezeichnet. Wer an Zwangsgedanken litt, war freilich auch ein obsédé, ebenso aber war es der, den fixe Ideen beherrschten. Der Begriff der obsessions ist heute vielleicht nicht dehnbarer, als es der der Zwangsvorgänge allmählich geworden ist; bei der Verschmelzung beider Begriffe war es jedenfalls der französische Anteil, der die meisten und die verschiedenartigsten Elemente enthielt.

So wurden aus den Zwangsvorstellungen Zwangsvorgänge,[5]) Zwangserscheinungen. Ein einheitlicher Name für die heterogenen Elemente, die jetzt künstlich vereint waren, ließ sich bilden; dem Worte einen bestimmten Sinn zu geben, das allen diesen Symptomen Gemeinsame in einer Definition

---

[1]) Legrand du Saulle, La maladie du doute avec le délir du toucher. Paris. Delahage. 1876.

[2]) Ladame, La folie du doute etc. Annales méd.-psychol. 7. série t. XII. 1890. S. 368.

[3]) Vgl. P. J. Moebius, Einleitung zu den psychiatrischen Vorlesungen von V. Magnan. Leipzig. Thieme. 1892. II/III. Heft: Über die Geistesstörung der Entarteten. S. VIII.

[4]) Vgl. R. Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten. Berlin 1901. S. 123.

[5]) Thomsen, Klin. Beiträge zur Lehre v. d. Zwangsvorstellungen. Arch. f. Psych. XXVII. S. 319.

hervorzuheben. das wurde lange Zeit hindurch nicht einmal versucht. Es ist deshalb nur natürlich, wenn der ursprüngliche Begriff der Zwangsvorstellungen bald überwuchert und schließlich von manchen ganz übersehen[1]) und vergessen wurde. Damit aber war der weiteren Forschung die gemeinsame Basis entzogen; von den Arbeiten dieser Epoche behandelten nur wenige Gleichartiges und wo wenigstens über den Gegenstand Übereinstimmung herrschte, war meist der Gesichtspunkt, unter dem er betrachtet wurde, grundverschieden.

Deshalb ist es unmöglich, diese Arbeiten, die sich keinem Einteilungsprinzip unterordnen, in Kürze zu referieren, und statt das enorm reiche kasuistische Material, das sie enthalten, kritisch zu sichten, müssen wir uns begnügen, gewissermaßen das Inventar aufzunehmen und festzustellen, was alles Zwangserscheinungen genannt worden ist.

Nachdem einmal unter Zwangsvorstellungen nicht subjektiv als lästig empfundene, sondern objektiv zwingende, inhaltlich falsche Gedanken verstanden wurden, mußte notwendig ihre Unterscheidung von den Wahnideen schwierig werden. Wir finden deshalb heute hypochondrische und melancholische Befürchtungen, Beeinträchtigungs- und Insuffizienzideen als Zwangsvorstellungen beschrieben, und nicht immer ist wenigstens das Kriterium erhalten geblieben, daß es sich dabei nicht um un-

[1]) Oder wenigstens wurde übersehen, daß Westphals und Krafft-Ebings Zwangsvorstellungen nicht dasselbe waren. Friedmann hat in seinem Werke „Über den Wahn" (Wiesb. Bergmann 1894) einen in vieler Hinsicht außerordentlich fruchtbaren Kampf gegen die nicht psychologisch geschulten Psychiater in der irrtümlichen Annahme geführt, die von Westphal gegebene Definition bezöge sich auf Krafft-Ebings Patienten. Westphals Kranke hat er dabei ganz ignoriert; denn bei denen handelte es sich gar nicht um pathologisch verstärkte Vorstellungen, die die logische Assoziation resp. das Realitätsurteil für gewöhnlich erzwingen, sondern um eine Störung im Vorstellungs**ablauf**. — Im übrigen brauche ich wohl kaum hervorzuheben, daß gerade dieses Werk Friedmanns die hier vertretenen Ansichten in weitgehender Weise beeinflußt hat. Das Endergebnis dieses Referates weicht nur scheinbar von Friedmanns (früheren) Anschauungen so sehr ab, weil hier aus historischen und anderen Gründen das Wort „Zwangsvorstellung" in einem so ganz anderen Sinne gebraucht ist.

korrigierbare Vorstellungen handeln dürfe. Meynert gab nur die Anschauungen vieler seiner Fachgenossen in präziser Form wieder, als er schrieb: „Die weitgehenden Wahnideen, welche der Neurasthenie zukommen, heißen Zwangsvorstellungen."[1]) Und doch hatte schon Hagen[2]) davor gewarnt, beide Begriffe zu verwechseln, beide Worte synonym zu gebrauchen.

Mit den Obsessions war der Begriff der Phobien dem der Zwangsvorgänge eingefügt worden. Westphal[3]) hatte davon abgeraten, ebenso wie er es als verkehrt bezeichnet hatte, ohne genaue psychologische Analyse unter der Etikette Phobien verschiedenartige Störungen in eine rein äußerliche Beziehung zu bringen. Nur die Furcht vor Beschmutzung und vor Vergiftung[4]) wollte er den Zwangsvorstellungen zurechnen und außerdem die Angst vor dem Rotwerden,[5]) die viel früher Casper[6]) beobachtet hatte; die von ihm selbst beschriebene Platzangst[7]) aber wollte er davon trennen, gerade so, wie er ihre Verwandtschaft mit dem délir émotif Morels[8]) leugnete. Wie notwendig diese wohlbegründeten Unterscheidungen waren, hat die folgende Zeit erwiesen, die sie vernachlässigte und alles, was mit einem ängstlichen Affekt irgendwie in Beziehung stand, als Phobie beschrieb und ohne weiteres zugleich auch als Zwangsvorstellung bezeichnete. Die Warnungen L. Meyers[9]), Mey-

---

[1]) Th. Meynert, Klin. Vorlesungen über Psychiatrie. Wien, Braumüller, 1890, S. 179.

[2]) Fr. W. Hagen, Studien auf dem Gebiete der ärztlichen Seelenkunde. Erlangen, Besold. 1870. II. Fixe Ideen. Anmerkung l. S. 75.

[3]) C. Westphal, Aporaphobie, Platzfurcht, Platzangst. Realenzyklopädie der ges. Heilkunde 1885. II. A. I. Bd. S. 220. Und Westphals ges. Abhandlungen. Berlin, Hirschwald 1892. I. S. 383.

[4]) l. c.

[5]) C. Westphal, Über Zwangsvorstellungen. Berlin. klin. Wochenschr. 1877.

[6]) Casper, Biographie eines fixen Wahnes. Denkwürdigkeiten zur mediz. Statistik. Berlin 1846.

[7]) C. Westphal, Die Agoraphobie, eine neuropathische Erscheinung. Arch. f. Psych. III. 1872. S. 138. (C. Westphals ges. Abh. I. S. 354.)

[8]) Morel, Du délir émotif etc. Arch. génér. de méd. Avril 1866.

[9]) L. Meyer, Über Intentionspsychosen. Arch. f. Psych. 1889. XX. S. 1.

nerts[1]) und Hoches[2]) und der Spott Mendels[3]) haben das nicht hindern können, und so ist die Zahl der Phobien heute so groß, daß man meinen möchte, jetzt sei jede Situation, vor der sich ein Patient irgend ängstigen kann, berücksichtigt und in einem griechischen Namen verewigt. Ein gewisser Stillstand in dieser Bewegung, die einen sachlichen Fortschritt nicht gebracht hat, ist erst eingetreten, nachdem mehrere Autoren das Unglück gehabt hatten, die Errötungsangst als Ereuthophobie[4]) neu zu entdecken.

Daß in diesen Arbeiten die Phobien den Zwangszuständen zugerechnet wurden, wäre an sich vielleicht unbedenklich gewesen; nachdem man aber einmal von Zwangsbefürchtungen und von Zwangsangst gesprochen hatte, war bald auch von Zwangsaffekten und endlich gar von Zwangsstimmungen[5]) die Rede. Ursprünglich waren damit momentane oder länger dauernde Gemütsschwankungen gemeint, die infolge von Zwangsvorstellungen auftreten, allmählich aber ist der Begriff weiter gefaßt worden, und heute werden unmotivierte Verstimmungen und auffallend lebhafte Gemütserregungen bei neurasthenischen, hysterischen oder epileptischen Kranken zuweilen als „Zwangszustände" angesehen, ohne daß dabei ein anderes Kriterium verlangt würde als das des pathologischen Zwanges, der bei der Entstehung aller Krankheitserscheinungen wirksam ist.

Es ist das der gleiche Gang der Entwicklung, der zu der heute herrschenden Auffassung von den Zwangsempfindungen und Zwangshalluzinationen[6]) geführt hat. Buccola[7]) hatte

---

[1]) Meynert, Über Zwangsvorstellungen. Wien. klin. Wochenschr. 1888. S. 109.

[2]) A. Hoche, Über Zwangsvorstellungen. Autoreferat im Neur. Cbl. 1899 und Mitteilung an den Herausgeber des Neur. Cbl. 1897. S. 528.

[3]) E. Mendel, Über Zwangsvorstellungen. Neur. Cbl. 1898. S. 7.

[4]) v. Bechterew, Die Errötungsangst als eine besondere Form krankhafter Störung. Neur. Cbl. 1897. S. 386 und Pitres et Régis, l'obsession de la rougeur (Ereuthophobie) Arch. de Neurologie. 1897. No. 13.

[5]) Vgl. Löwenfeld l. c.

[6]) Vgl. darüber A. Pick, Über d. Beziehung zwsch. Zwangsvorstellungen und Halluzinationen. Prag. med. Woschenschr. 20. 1895. S. 450.

[7]) Buccola, L'Idée fisse etc. Riv. sper, di fren, 1880 S. 15

als erster beobachtet, daß ein Patient den Gegenstand seines zwangsmäßigen Grübelns — es handelte sich um Banknoten — mit sinnlicher Deutlichkeit vor sich sah. Im Laufe der Jahre sind dann mehrere solcher Beobachtungen bekannt geworden, freilich nicht ohne daß jedesmal der Charakter der Halluzination oder der Zwangsvorstellung von dem einen oder dem anderen Autor[1]) bestritten worden wäre. Allen diesen Fällen, deren letzte bekanntlich in der vorjährigen Versammlung dieses Vereins Hoche und Thomsen mitgeteilt haben, ist gemeinsam, daß die Halluzination sekundär, als Folge der Zwangsvorstellung oder des durch diese ausgelösten Angstaffektes,[2]) auftritt. Als Zwangsempfindungen aber sind von vornherein primär entstehende Sensationen beschrieben worden, und schon Hoestermann[3]), von dem das Wort stammt, meinte damit jenes eigentümliche Gefühl, das manche Belastete zuweilen vor dem Einschlafen haben, daß nämlich ihr Kopf ungeheuer groß würde. Ganz ähnlich gebraucht heute Löwenfeld[4]) das Wort für alle Sensationen, für die Halluzinationen der Tastsphäre, und das ist insofern verständlich, als der französische Begriff der Obsessions von jeher auch primäre Sinnestäuschungen umfaßt hat, denen Zwangsvorstellungen nicht vorauszugehen brauchten. Deshalb wollten Charpentier[5]) und Séglas[6]) die „obsession hallucinatoire“, die Sinnestäuschung aus Zwangsvorstellungen der „hallucination obsédante“, der obsedierenden Halluzination gegenüberstellen.[7])

---

1) Vgl. namentlich Falret, Obsessions avec conscience. Progrés méd. 1889. II. S. 122.

2) Gaupp, Cbl. f. Nervenhkde. 1899. S. 52.

3) Hoestermann, Über Zwangsvorstellungen. A. Zeitschr. f. Psych. XCI. 1885. S. 19.

4) Löwenfeld, Die Erschöpfungszustände. München 1882 und D. psych. Zwangserscheinungen, S. 173.

5) Charpentier, Diskussionsbemerkung zu Falrets Referat. Annal. med. psych. 1892. tome 16, S. 442.

6) Séglas, De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante. Annales méd. psych. 1892, tome 15, p. 119.

7) Danach würde z. B. der erste von Heilbronner (Monatsschr. f. Psychiat. etc. V. 1899) beschriebene Fall der ersten, der zweite der zweiten Gruppe zugehören.

Man müßte eine ähnliche Unterscheidung für das Zwangshandeln machen, wenn anders man den Begriff in der heute üblichen weiten Fassung weiter anwenden will. Westphal hatte schon in seiner ersten Publikation über Zwangsvorstellungen die Fälle, in denen die Kranken durch den speziellen Inhalt ihrer Zwangsgedanken zu bestimmten Handlungen veranlaßt wurden, von den reinen Fällen einer bloßen Denkstörung trennen wollen. Und er hat später[1]) in noch präziserer Form den grundsätzlichen Unterschied hervorgehoben, der zwischen subjektiv als fremdartig empfundenen Vorstellungen auf der einen und objektiv zwingenden motorischen Impulsen auf der anderen Seite bestünde. Das entscheidende Kriterium dabei war die subjektive Natur des Zwangsvorstellens, und nachdem dieses aufgegeben war, mußten naturgemäß die Impulse als motorische Zwangsvorstellungen bewertet werden. Unter den Obsessions der Franzosen hatten sie ja ganz mit Recht von jeher einen Hauptplatz eingenommen. Zu den Impulsen kamen dann die abnormen Triebe — Séglas[2]) rechnet z. B. die Dipsomanie zu den Zwangsvorgängen — ihnen stellte man die Zwangshemmungen und die Idiosynkrasien gegenüber, und namentlich für die französische, mehr klinische Auffassung war es ganz natürlich, daß auch die Tics[3]) dazu gehörten. Ebenso wie es nicht wunderbar erscheint, wenn Autoren, die unter Zwangshandlungen aus krankhaften Vorstellungen folgerichtig entstehende Handlungen verstanden, ihnen die sexuellen Perversionen[4]) und sogar die hysterischen Einbildungs-

---

[1]) C. Westphal, Diskussionsbemerkung z. Vortr. v. Jastrowitz. Neur. Ctbl. 1884. S. 301.

[2]) Séglas, leçons kliniques sur les maladies.ment. Annales méd. psych. 1891.

[3]) Vgl. Guinon, Sur les maladies des tics convuls. Rev. de méd. 1886 und 1887.

[4]) Meynert, Über Zwangsvorstellungen. Wien. klin. Wochenschr. I. 1888. N. 8 u. f; Garnier, Les perversions obsédantes et impulsions au point de vue médico-légal. Paris. Int. Congr. 1900 u. Neur. Cbl. 1900. S. 1124.

lähmungen und Krämpfe[1]) zurechneten. Man müßte also auch hier das Handeln infolge von Zwangsvorstellungen und das zwangsmäßige Handeln unterscheiden, um wenigstens einigermaßen alle diese eben aufgezählten Anomalien gruppieren zu können.

So entbehrt das Gebäude, an dem viele und ohne Bauplan gearbeitet haben, jedes einheitlichen Charakters, und was schlimmer ist: schon das Fundament, auf dem es errichtet wurde, enthält einen Riß, den Krafft-Ebings Bemühungen, seine und Westphals Auffassung in Einklang zu bringen, nur notdürftig verdecken konnten. Es gibt heute in der Psychopathologie kaum einen Begriff, der so viel und so heterogene Elemente in sich schließt, wie der der Zwangserscheinungen. Und doch hat es an warnenden Stimmen, die diese Entwicklung aufzuhalten suchten, nicht gefehlt: Wille[2]), Rehm[3]), Mendel[4]), Tuczek[5]), Thomsen[6]), Hoche[7]), Gaupp[8]) und in neuester Zeit Warda[9]) haben immer wieder gemahnt, den ursprünglichen Sinn des Wortes nicht aufzugeben; auf den internationalen Kongressen in Moskau[10]) und in Paris[11]) und in zahlreichen anderen Versammlungen hat man versucht, eine Einigung herbeizuführen — alle diese Versuche sind ohne Erfolg geblieben, und Löwenfeld[12]) spricht mit Recht von einem Kampf aller

---

[1]) M. Friedmann, Über den Wahn. Wiesbaden, Bergmann, 1894 II. S. 69 und 70.

[2]) l. c.

[3]) Rehm, Beiträge z. Lehre v. d. Zwangsvorstellungen und verwandten Krankheitserscheinungen. Neur. Cbl. 1897, S. 969.

[4]) Mendel, l. c. und Neur. Cbl. 1901, S. 1115.

[5]) Tuczek, Über Zwangsvorstellungen. Berl. klin. Wochenschr. 1899, S. 117.

[6]) Thomsen, Klin. Beiträge zur Lehre v. d. Zwangsvorstellungen u. verwandten psychischen Zuständen. Arch. f. Psych. 27, S. 319.

[7]) Hoche, l. c. und Handbuch d. gerichtl. Psychiatrie. Berlin Hirschwald. 1901, S. 506.

[8]) R. Gaupp, Cbl. f. Nervenhkde. 1899, S. 52.

[9]) Warda, l. c.

[10]) Neur. Cbl. 1897.

[11]) Neur. Cbl. 1900.

[12]) l. c.

gegen alle, der heute in der Lehre von den psychischen Zwangsvorgängen herrsche.

Um so größer ist das Verdienst dieses Autors, einmal übersichtlich alles das nebeneinander gestellt zu haben, was bei weitester Fassung des Begriffs als Zwangsvorgang gelten kann. Gerade dieser Weg wird uns am ehesten zu einem Urteile darüber kommen lassen, ob die bisherige Entwicklung Brauchbares gebracht hat, ob die Lehre von den Zwangserscheinungen in ihrer heutigen Gestalt lebensfähig sein wird.

Fast gleichzeitig mit Löwenfelds Monographie ist ein Werk erschienen, das, trotz des persönlichen Gepräges, das ihm die Eigenart seines Verfassers gegeben hat, die in Frankreich allgemein herrschende Auffassung der Obsessions ziemlich rein widerspiegelt: das Werk von Janet, Les obsessions et la psychasthénie.[1]) Für die Richtung, in der sich die französische Forschung seit Legrand du Saulle[2]) bewegt hat, ist diese groß angelegte Studie in jeder Hinsicht typisch; diese Richtung ist eine klinische. Wie Magnan[3]), dessen Einfluß auch in dieser Frage für seine Landsleute maßgebend gewesen ist, die Obsessions unter einem allgemeineren Gesichtspunkte als „Zufälle"[4]) bei der ererbten Entartung aufgefaßt und viel weniger auf die Einheitlichkeit der Krankheitserscheinungen als auf die des Krankheitsbildes Wert gelegt hatte, so gilt jetzt Janets Arbeit nicht sowohl dem Symptom „Obsession" als der klinischen Krankheitsform Psychasthénie.

Freilich hat man auch in Deutschland von jeher eine eigene Zwangsvorstellungskrankheit abgrenzen wollen, und die Vorschläge, die deshalb gemacht sind, sind so zahlreich, daß sie nicht

---

[1]) Paris. Alcan. 1903. Der zweite Band, von Raymond und Janet, enthält das klinische Beweismaterial für die im ersten niedergelegten Ansichten in Form von 236 Krankengeschichten.

[2]) l. c.

[3]) V. Magnan, Psychiatrische Vorlesungen II. bis V. Heft. Deutsch von P. J. Moebius. Leipzig. Thieme 1892.

[4]) „Syndromes". Die Übersetzung stammt von Moebius, der die Erläuterung dazu gibt: der „Zufall" verhält sich zum „Geisteszustand" wie die Episode zur Geschichte.

annähernd alle erwähnt werden können. Daß diese Arbeiten aber mit den französischen Bestrebungen, wie sie in Janets Werke zum Ausdruck kommen, so gut wie nichts gemein haben, das zeigt der neueste Versuch von Warda[1]), der innerhalb des großen Gebietes der Zwangsvorgänge auf Grund der Hypothesen von Freud[2]) ein kleineres als Zwangsneurose abgrenzen will und dabei einen recht willkürlich gewählten Maßstab verwendet: nur solche Gedanken sollen Zwangsvorstellungen genannt werden, die (angeblich) als Ersatz für verdrängte Selbstvorwürfe ins Bewußtsein dringen.

Endlich haben Löwenfelds und Janets Werke Friedmann[3]), der sich seit Jahren mit der Theorie der Zwangsvorgänge beschäftigt hatte, zu einer ausführlichen Begründung seines heutigen, gegen früher in mancher Hinsicht veränderten Standpunktes veranlaßt, und so ist heute jede Forschungsrichtung von berufener Seite zu einem gewissen Abschluß gebracht. Die Aufgabe, zur Frage der Zwangsvorgänge Stellung zu nehmen, wird dadurch wesentlich erleichtert.

Der Versuch, das enorme Material, das die bisherige Literatur über Zwangsvorgänge geschaffen hat, zu sichten, wird billigerweise, wenn nicht die Definition, so doch die Fälle Westphals zum Ausgangspunkt nehmen müssen. Krafft-Ebings Prioritätsansprüche werden dadurch nicht berührt, denn die letzte Begriffsbestimmuug dieses Autors[4]) schildert den von Westphal beschriebenen Tatbestand so gut, daß wir sie den

---

[1]) l. c.

[2]) Freud. Neur. Cbl. 1894, 1895, S. 50 und S. 699, Wiener klin. Rundsch. 1895, S. 262, 276, 662, 679, 696 und Löwenfeld l. c. S. 545.

[3]) Friedmann. Cbl. f. Nervenheilkde, 1904, Nr. 175 und 1905 Nr. 190.

[4]) l. c. 1883. „Eine formale Störung des Vorstellungsablaufs, charakterisiert dadurch, daß irgendeine konkrete, vielfach inhaltlich gar nicht widersinnige Vorstellung mit krankhafter Intensität und Dauer im Bewußtsein fixiert bleibt, wobei sich aber der Betreffende im Gegensatz zur Wahnidee des Krankhaften des Vorganges, speziell in bezug auf den Inhalt der Vorstellung bewußt ist.“ Von der Westphal'schen Definition fehlt nur „die Abwesenheit eines gefühls- oder affectartigen Zustandes“.

folgenden Ausführungen fast ebensowohl zugrunde legen könnten, wie Westphals eigene Definition, deren wesentlichen Bestandteile hier noch einmal aufgezählt werden mögen. Es sind 1. die Unverdrängbarkeit der Vorstellungen und das subjektive Gefühl des Zwanges, das sie beim Kranken hervorrufen; 2. die Abwesenheit eines Gefühls- oder affektartigen Zustandes und 3. das Erhaltenbleiben der Kritik.

Diese Definition ist deshalb so oft angegriffen worden, weil sie immer wieder mißverstanden ist; und doch wurde sie gleich bei ihrer Publikation durch einen in seiner Vollständigkeit und Klarheit klassischen Vortrag erläutert. Man hat, nicht ohne leisen Tadel im Ton, von einer bloßen Habitusschilderung gesprochen — für unsere Zwecke ist gerade das ihr größter Vorzug, daß sie ohne jede hypothetische Zutat den nackten Tatbestand umschreibt.

Nun ist gewiß nicht alles gleichwertig, was in dieser Beschreibung nebeneinander gestellt ist, und wir werden deshalb zunächst das Wesentliche, das Unentbehrliche herausschälen müssen. Vielleicht führt uns dabei am schnellsten der Vergleich mit Löwenfelds Begriffsbestimmung zum Ziel, der unter Zwangserscheinungen psychische Elemente versteht, welche der normalen Verdrängbarkeit durch Willenseinflüsse ermangeln und infolge dieses Umstandes den normalen Verlauf der psychischen Prozesse stören.

Daß auch diese Definition eine Eigenschaft der Fälle Westphals kennzeichnet, bedarf keines Beweises; es ist aber fraglich, ob sie ihrer Eigenart gerecht wird, ob sie nicht zugleich Störungen umfaßt, die mit den Zwangsvorstellungen Westphals gar nichts gemein haben. Gemeinsam ist beiden Erklärungen die Betonung des Zwanges, und es mag zunächst davon abgesehen werden, daß in Löwenfelds Fassung dieser Zwang nicht unbedingt ein subjektiver, von Kranken empfundener zu sein braucht. Eine Vorstellung, die durch Willenseinflüsse nicht verdrängt werden kann, wird natürlich oft das Gefühl der Belästigung hervorrufen, sie braucht es aber nicht unter allen Umständen und zu jeder Zeit zu tun. Die Frage lautet also zunächst:

Genügt das Kriterium des subjektiven Zwanges allein, um eine Zwangsvorstellung — nur von diesen soll zunächst die Rede sein — zu charakterisieren? Diese Frage ist deshalb so wichtig, weil sie die andere in sich schließt: Können nicht auch Wahnideen unter dem subjektiven Gefühl des Zwanges auftreten?

Daß Zwangs- und Wahnvorstellungen auseinandergehalten werden müssen, darüber hat von jeher eine fast allgemeine[1]) Übereinstimmung geherrscht und ebenso ist von den meisten Autoren das Merkmal des (subjektiven) Zwanges als das entscheidende dabei hervorgehoben worden. In Heckers[2]) Fassung: „Die Zwangsvorstellung will der Kranke los sein, die Wahnvorstellung nicht", ist für dieses Kriterium wohl die kürzeste und prägnanteste Formel gefunden.[3]) Allein aber reicht dies Unterscheidungsmerkmal nicht aus, denn es wird nur der Stellung des Kranken zum Inhalt der Vorstellung gerecht und ignoriert ganz die formale Störung des Vorstellungsablaufs, die bei Westphals Kranken so auffallend war. Heckers Äußerung trifft für die Wahnideen nur dann zu, wenn sie auf ihren Inhalt bezogen wird, denn daß durch die Art ihres Auftretens auch Wahnvorstellungen den Kranken lästig werden können, das unterliegt gar keinem Zweifel. Heilbronner[1]) spricht deshalb von Wahnvorstellungen, die sich gelegentlich einmal in die Form von Zwangsvorstellungen kleiden können, und auch Löwenfeld sieht keinen „triftigen Grund, die mit dem Merkmale des Zwanges versehenen Vorstellungen bei Melancholischen von den Zwangsvorstellungen auszuschließen". Im Gegensatz zu Heilbronner will er aber eine Wahnidee, die eben dieses Merkmal des Zwanges neben ihren sonstigen Eigenschaften aufweist, deshalb doch nicht Zwangsvorstellung nennen.

---

[1]) Friedmanns Auffassung (vergl. Ü. den Wahn) kann hier leider nicht berücksichtigt werden.

[2]) Hecker, Diskussionsbemerkung. Neur. Cbl. 1899, S. 1136.

[3]) Ganz ähnlich schildert Hitzig (Querulantenwahnsinn S. 68) die Sachlage: „Das Ich kämpft in dem einen Falle gegen, in dem andern Falle aber mit und für die Vorstellung".

[1]) K. Heilbronner, Über progressive Zwangsvorstellungspsychosen. Monatsschr. f. Psych. V. 1899, S. 410.

Ich glaube nicht, daß sich diese Unterscheidung durchführen lassen wird. Alle melancholischen Vorstellungen können unter dem subjektiven Gefühl des Zwanges auftreten, sie verlieren aber dadurch nichts von ihrem Charakter als Wahnideen. Wir wissen ja, daß der spezielle Inhalt des melancholischen Wahns nicht immer unbedingt festgehalten wird und daß nur die allgemeine Tendenz, an eigene Schuld und kommendes Unheil zu glauben, unkorrigierbar ist, und diese Tatsache allein macht es unmöglich, den melancholischen Wahnideen melancholische Zwangsvorstellungen gegenüber zu stellen.

Der Versuch freilich, diesen Unterschied zu machen, ist nicht neu; er findet sich schon in Krafft-Ebings erster Arbeit über die Zwangsvorstellungen. Damals aber war das Wort „Zwangsvorstellung" eben noch nicht für Griesingers und Westphals Fälle in Anspruch genommen und reserviert worden, und die Verwirrung, die heute noch herrscht, ist erst entstanden, als man Westphals Definition auf Krafft-Ebings Fälle anwenden wollte. Ob es möglich sein wird, die depressiven Ideen, von denen Krafft-Ebing 1867 gehandelt hatte, von fixierten Wahnvorstellungen scharf zu trennen, sei dahingestellt; in jedem Falle stehen sie ihnen näher als den Zwangsvorstellungen im Sinne Westphals. Insofern bedauert Friedmann[1]) mit Recht, daß Krafft-Ebing nicht lieber von „schwankenden oder paroxystischen Wahnideen" gesprochen habe, und dieselbe Überlegung ist für Merclin[2]) maßgebend gewesen, als er die nicht fixierten Vorstellungen im Beginn der Paranoia nicht Zwangs- sondern „mobile Wahnvorstellungen" nennen wollte.

Beide Bezeichnungen klingen etwas paradox, und doch erscheinen sie glücklicher gewählt, als die von Löwenfeld vorgeschlagene Lösung; wollte man ihm folgen, so müßte seiner Definition der Zwangsvorstellungen der Zusatz angefügt werden: „außer wenn es sich um Wahnvorstellungen handelt". Damit würde eine sachliche Schwierigkeit nicht beseitigt, sondern durch Verabredung umgangen werden; denn wenn wir überhaupt

---

[1]) l. c. II. S. 96.

[2]) Merclin, Über d. Beziehungen d. Zwangsvorstellungen z. Paranoia. A. Ztschr. f. Psych. XCVII. 1891, S. 628.

melancholische Gedanken Zwangsvorstellungen nennen wollen, so werden wir es überall da tun müssen, wo sie subjektiv als zwingend empfunden werden.

Wir werden daraus folgern dürfen entweder: daß sich Zwangsvorstellungen und Wahnideen nicht grundsätzlich unterscheiden lassen oder aber: daß das subjektive Gefühl des Zwanges allein das Wesen des Zwangsvorstellens nicht ausmacht.

Nun ist es ganz sicher, daß die Eigenschaft der Immobilität[1]) — d. h. der Unverdrängbarkeit oder des Zwanges — nicht bloß den Zwangsvorstellungen und vielen Wahnideen zukommt, sondern vielen Gedanken, die tagtäglich bei Gesunden auftreten. Nicht nur der Melancholische empfindet es als lästig (vielleicht als eine Strafe), daß er den Gedanken an seine eigene Schlechtigkeit nicht los wird, auch der Examenskandidat wäre sehr froh, wenn er nicht immer an die Prüfung denken müßte. Mit anderen Worten: wenn wir als einziges Kennzeichen der Zwangsvorstellungen nur das Gefühl des Zwanges, das durch sie ausgelöst wird, gelten lassen, dann sind nicht nur viele Wahnvorstellungen und überwertige Ideen Zwangsvorstellungen, sondern außerdem eine ganze Reihe von normalen Gedanken, deren aufdringlichen Charakter jeder von uns kennt. Es sind dies vor allen die abschlußunfähigen Vorstellungen der Sorge, des Zweifels und der Erwartung, deren eigentümliche psychologische Stellung durch Friedmanns[2]) Analyse wesentlich aufgeklärt worden ist.

Allen diesen Vorstellungen ist die Eigenschaft gemein, daß sie sich immer wieder ins Bewußtsein drängen, im Wettstreite der Gedanken immer wieder siegen. Das gilt für das gesunde wie für das kranke Seelenleben, und pathologische Vorstellungen können durch dieses Kriterium allein nicht charakterisiert werden. Die herrschende Stellung, welche alle Sorgen und Befürchtungen im Bewußtsein einzunehmen pflegen, kann als solche psychologisch unmöglich deshalb anders bewertet werden, weil diese Vor-

---

[1]) Löwenfeld, Irrésistibilité. Janet.

[2]) Psych. Wochenschrift 1901/2.

stellungen in dem einen Falle begründet, in dem andern aber inhaltlich falsch und aus krankhafter Ursache entstanden sind.

Ob ein dringendes Bedürfnis nach einem Worte vorliegt, das nur diese formale Eigenschaft bestimmter Vorstellungen hervorhebt, sei dahingestellt. Ehe wir aber prüfen, ob gerade die Bezeichnung „Zwangsvorstellung" die geeignete wäre, wollen wir uns daran erinnern, daß die Psychologie bereits ein solches Wort besitzt, das m. E. an Klarheit und Eindeutigkeit durch kein anderes übertroffen werden kann. Das Wort stammt von Stricker[1]) und heißt: dominierende Vorstellung.[2])

Der Ausdruck läßt eigentlich kein Mißverständnis zu, er betont einzig und allein das formale Übergewicht einer Vorstellung, gerade so wie Wernickes überwertige Idee nur durch die inhaltliche Bedeutung charakterisiert wird. Überwertige Vorstellungen können ebenso wie die Wahnideen zugleich dominierende sein, sie können als quälend empfunden werden, an sich aber decken sich beide Begriffe ebensowenig, wie sie sich ausschließen. Sie miteinander in Beziehung zu bringen ist deshalb unmöglich, weil sie grundsätzlich verschiedene Qualitäten bezeichnen.

Stricker selbst hat schon hervorgehoben, daß hinsichtlich der dominierenden Ideen nur der Unterschied zwischen Gesunden und Kranken bestünde, daß sie bei Gesunden nicht ohne äußere Veranlassung auftreten. Als aus krankhafter Ursache dominierend aber finden wir bei Stricker nicht nur Wahnideen, sondern auch ausdrücklich die kurz vorher von Westphal beschriebenen Zwangsvorstellungen erwähnt. Dazu kommen, wie wir heute sagen müssen, die überwertigen und die autochthonen Ideen

---

[1]) S. Stricker. Studien über das Bewußtsein. Wien. Braumüller. 1879.

[2]) Hoestermann, (Über Zwangsvorstellungen A. Ztschr. f. Psych. 1885. XCI. 8. 19) hat später dasselbe Wort in einem wesentlich anderen, viel engeren Sinne gebraucht, nämlich für die auf dem Wege der Ideenassoziation entstehenden Vorstellungen, die er von den „eigentlichen", durch innere zerebrale Reize entstehenden Zwangsvorstellungen trennen wollte. Ich glaube, es kann keinem Zweifel unterliegen, daß Stricker bei seiner Verwendung des Wortes dem natürlichen Wortsinn besser gerecht wird.

Wernickes; diese dominieren, wie die Zwangsvorstellungen,[1]) immer, jene, wie die Wahnideen, zuweilen.

Wir wollten die Fälle Westphals zum Ausgangspunkt unserer Untersuchung nehmen und werden deshalb jetzt prüfen müssen, welche Stellung den Zwangsvorstellungen[1]) unter den eben erwähnten Gruppen von Vorstellungen zukommt. Dann werden wir die weitere Frage entscheiden können, ob es richtig war, sie so oft mit den dominierenden Vorstellungen zu identifizieren, mit anderen Worten, ob das Merkmal des Zwanges, der Immobilität, ihr ganzes Wesen ausmacht.

Alle Wahnvorstellungen und alle überwertigen Ideen werden ebenso, wie die normalen Vorstellungen der Sorge, des Zweifels und der Erwartung dann als lästig empfunden, wenn sie mit einem starken Affekt verbunden sind; oder: die Ursache ihrer Immobilität liegt immer in ihrer Gefühlsbetonung. Diese kann entweder dem Vorstellungsinhalt an sich eigentümlich oder aber durch die Grundstimmung des Kranken verstärkt sein.

Bei den Kranken Westphals war das anders, bei ihnen lag eine primäre Stimmungsanomalie nicht vor, und die Vorstellungen, die sich ihnen aufdrängten, waren an sich, inhaltlich, nicht geeignet, einen Affekt auszulösen. So ist Westphals Definition zu verstehen: er wollte die gewöhnlichen Ursachen des Dominierens ausschließen und betonte deshalb: die Zwangsvorstellungen wären nicht etwa durch einen Gefühls- oder affektartigen Zustand bedingt. Es handelte sich eben bei seinen Kranken nicht um einen an sich normalen psychologischen Vorgang, der durch einen krankhaften Anlaß ausgelöst war, sondern um eine primäre Störung des formalen Denkens.

Wir müssen somit das positive Kriterium des Zwangsvorstellens, das der Immobilität, durch das negative einschränken, daß dem Zwang eine Stimmungsanomalie oder die Gefühlsbetonung der Ideen nicht zugrunde liegt.

Wenn wir diese beiden Merkmale und nur sie in einer Definition vereinigen wollten, so würde diese nicht nur für die

---

[1]) im Sinne Westphals.

von Westphal beschriebene Denkstörung zutreffen, sondern auch für die autochthonen Ideen Wernickes[1]), d. h. für Gedanken, die von den Kranken als fremd, nicht ihnen gehörig empfunden werden und somit wohl nicht auf dem gewohnten Wege der Assoziation entstanden sind.[2]) Sollen wir diese von den Zwangsvorstellungen trennen oder nicht? Die Frage, ob wir Wernicke, der diese Unterscheidung für geboten gehalten hat, darin folgen sollen, ist deshalb so wichtig, weil autochthone Ideen bekanntlich fast immer den Anlaß zur Wahnbildung geben, die Zwangsvorstellungen aber nach Westphals Lehre gerade nicht in Wahnideen übergehen sollten.

Wir verdanken Cramer[3]) eine genaue Analyse jener Störung, die Wernickes autochthonen Ideen zugrunde liegt, und seine Untersuchungen, in Übereinstimmung mit Wernickes eigener Auffassung, lehren, daß diese Ideen genetisch und klinisch den Halluzinationen (Gedankenlautwerden) außerordentlich nahe verwandt sind. Schon diese Tatsache sollte uns abhalten, die Zwangsvorstellungen ihnen an die Seite zu stellen oder gar beide Begriffe zu identifizieren. Die Zwangsvorstellungen werden nach Wernicke niemals in dem Sinne als fremd empfunden, daß sie deshalb Erklärungswahnideen erzeugen müßten, und darin liegt doch ein ganz prinzipieller Unterschied gegenüber den autochthonen Ideen.

Ich glaube, diese von Wernicke betonte Differenz verdiente mehr Beachtung, als sie gewöhnlich erfährt. Nicht nur, weil sie begrifflich und klinisch diese beiden Störungen trennt, die im übrigen die meisten gemeinsamen Eigenschaften haben, sondern weil die Tatsache, daß das Zwangsvorstellen an sich (als formale Störung) nicht zur Wahnbildung führt, überhaupt die merkwürdigste Eigentümlichkeit dieses Symptomes darstellt. Die Zwangsvorstellungen werden niemals nach außen projiziert, sondern stets als eigene Gedanken erkannt, und darauf ist meines Erachtens der Nachdruck zu legen, wenn die vielum-

---

[1]) Wernicke, Grundriß. II. S. 108.
[2]) l. c.
[3]) Cramer, Die Hallnzinat. i. Muskelsinn. Freiburg. 1889.

strittene Frage nach der Kritik der Zwangsvorstellungen erörtert wird.

Es ist das einer jener Streitpunkte, die seit Westphals Vortrag nicht mehr von der Tagesordnung verschwunden sind, und deren Erledigung noch mehr durch Mißverständnisse, als durch sachliche Schwierigkeiten immer wieder verhindert worden ist. Die Behauptung bedarf keines Beweises, daß eine Einigung unmöglich war, wenn man hüben Westphals Kranke, drüben aber Melancholische und Hypochonder im Auge hatte; im übrigen hat Westphal, als er von dem „gesunden Bewußtsein" sprach, mit dem seine Patienten ihren Ideen gegenüberständen, fast alle Gründe gekannt, die später gegen seine Auffassung angeführt worden sind. Es sind dies klinische Erfahrungen und vor allem die, daß die Kranken so oft durch ihre Vorstellungen zu Handlungen veranlaßt werden. Wir werden darauf näher eingehen müssen, werden aber gut tun, dieser klinischen Untersuchung eine kurze Analyse des Begriffes „Kritik" vorauszuschicken.

Heilbronner[1]) hat darauf aufmerksam gemacht, daß doch die Erkenntnis des Fremdartigen und Abnormen einer Vorstellung etwas anderes sei, als das Verständnis für ihre pathologische Entstehung: die Krankheitseinsicht. Wo diese fehle, jene vorhanden sei, müsse es notwendig zur Wahnbildung kommen. Derselbe Autor ist zugleich einer der wenigen, der, wie Hoche[2]), den Unterschied zwischen der formalen Störung des Vorstellungsablaufs beim Zwangsvorstellen und der inhaltlichen Bewußtseinsfälschung bei der Wahnidee z. B. konsequent durchgeführt hat. Auch das wird man an dieser Stelle berücksichtigen müssen: Die Einsicht für die inhaltliche Verkehrtheit einer Idee braucht nicht mit der Erkenntnis ihres aufdringlichen formalen Charakters zusammenzufallen. Endlich sei noch einmal betont, daß die Formulierung „Anerkenntnis des Fremdartigen und Abnormen" ohne weitere Einschränkung nicht sowohl für die Zwangsvorstellungen als für die autochthonen

---

[1]) L. c.

[2]) L. c.

Ideen zutrifft; gerade das Wort „fremd" läßt leicht an eine nach außen projizierte, als „gemacht" empfundene Vorstellung denken.

Vergegenwärtigen wir uns jetzt den Hergang, wie er beim Zwangsvorstellen der gewöhnliche ist, so werden wir für Westphals Fälle — und von diesen wollten wir ausgehen — die Darstellung dieses Autors doch jedenfalls anerkennen müssen. Diese Patienten standen ihren Zwangsgedanken wirklich objektiv gegenüber, sie erkannten sie als inhaltlich falsch, als ohne Grund dominierend und als krankhaft entstanden; deshalb gingen sie ja zum Arzt. Andere Beobachtungen jedoch — auch Westphal hat solche gemacht — zeigen, daß auf der Höhe der Angst das Verständnis für die inhaltliche Verkehrtheit verloren gehen kann, und nur über die Häufigkeit dieses Ereignisses und über seine Bewertung wird gestritten. Nun erscheint es nicht gerechtfertigt, das Verhalten der Kranken im Affekt bei der Analyse der Zwangsvorstellung, welche die Ursache, nicht die Folge dieses Affekts ist, allzusehr zu berücksichtigen; wir werden von diesem Zustande ebensowenig ausgehen dürfen, wie etwa einer Untersuchung über das Wesen der Ideenflucht ein Zustand ideenflüchtiger Verwirrtheit zugrunde gelegt werden kann. Die Fälle aber, in denen primär dieser Teil der Kritik gefehlt hat, sind doch — wenn man den Begriff der Zwangsvorstellung überhaupt scharf faßt — recht selten. Die an sich beweiskräftige Beobachtung von Heilbronner[1]) steht, soweit ich die Literatur übersehe, in ihrer Eigenart ziemlich vereinzelt da und sie dürfte gerade deshalb vielleicht im Sinne Wernickes[2]) gedeutet werden können als Illustration der Tatsache, daß zwischen Zwangsvorstellungen, überwertigen und autochthonen Ideen Übergänge vorkommen.[3]) In der großen Mehrzahl der Fälle jedoch, die

---

[1]) l. c., Fall 1.

[2]) l. c.

[3]) Beweisende Beispiele hat R. Sommer (Diagnostik der Geisteskrankheiten. Urban und Schwarzenberg. Berlin und Wien. 1901 S. 304 und f.) mitgeteilt. Es ist im Rahmen dieses Referates, das, wie gesagt, nur die Analyse eines Tatbestandes zum Ziele hat, leider nicht möglich, auf diese Krankengeschichten einzugehen. Für den aber, der die Be-

sonst in diesem Zusammenhange angeführt zu werden pflegen, hat es sich nicht um Zwangsvorstellungen, sondern um Wahnideen oder wenigstens um Wahnideen in statu nascendi gehandelt, die ihres Gefühlstons wegen im Bewußtsein vorherrschten.

Nun existiert aber, wie gesagt, eine klinische Tatsache, die mit vollem Recht immer wieder gegen jene Auffassung angeführt wird, nach der die Zwangsvorstellungskranken volle Krankheitseinsicht besitzen sollen: Diese selben Kranken reagieren sehr oft auf ihre Ideen mit entsprechenden Handlungen. Man wird die Ursachen dieser Erscheinung, deren es mehrere gibt, kennen müssen, ehe man aus ihr Schlüsse ziehen darf. Für unsere Fragestellung kommen zunächst nur die Fälle in Betracht, in denen im Sinne des speziellen Vorstellungsinhalts gehandelt wurde, nicht aber jene, in denen das Zwangsvorstellen als solches zu Handlungen überhaupt, z. B. zum Selbstmord, den Anlaß gibt. Zudem aber müssen wir die Fälle ausscheiden, in denen der Angstaffekt das Urteil trübt, und endlich natürlich jene, in denen sich Wahnvorstellungen in das Gewand der Zwangsvorstellungen kleiden. Muß nun für die Beobachtungen, die dann noch übrig bleiben, aus der Tatsache der motorischen Reaktion ohne weiteres auf den Verlust der Kritik geschlossen werden? Wohl nicht; denn wir werden uns erinnern dürfen, daß auch der gesunde Mensch, in Erwartung irgendeines wichtigen Ereignisses z. B., Handlungen vornimmt, deren Unzweckmäßigkeit er selbst belächelt. Wer — um ein sehr triviales Beispiel zu wählen — in einer solchen Situation überflüssig oft die Uhr zieht, weiß darum doch, daß die Zeit

ziehungen der Zwangsgedanken zu den Wahnvorstellungen, den überwertigen und den autochthonen Ideen studieren und die Übergangsformen kennen lernen will, sei hier auf diese Fälle ausdrücklich hingewiesen. Ebenso werden die Anschauungen Sommers über den Begriff des Zwanges in der Psychopathologie überhaupt (l. c. S. 123) bei einer solchen Arbeit als grundlegend berücksichtigt werden müssen; auch die in diesem Referat angestellten Überlegungen haben sie natürlich in vieler Hinsicht beeinflußt, das sei deshalb eigens hervorgehoben, weil der spezielle Zweck des Referates ein Eingehen auf diese allgemeinere Frage leider nicht gestattet hat.

deshalb nicht schneller vergeht. Gewiß sind nun die Handlungen infolge von Zwangsvorstellungen nicht immer so harmlos,[1]) in den allermeisten Fällen aber hören wir, daß die betr. Patienten sie unterdrücken konnten, wenn die Situation es erforderte, also etwa in Gegenwart eines Fremden. Ist das nicht der Fall und besteht auch nachher, also auch bei ruhiger Überlegung keine Einsicht mehr, dann sehe ich keine Möglichkeit, die Vorstellungen, durch die diese Handlungen veranlaßt werden, nicht für Wahnideen zu halten.

Es ist zuzugeben, daß diese Unterscheidung nicht jederzeit durchzuführen sein wird; das Gebaren eines hochgradig geängstigten Menschen kann wohl gelegentlich Zweifel entstehen lassen, ob sein Tun von Wahn- oder von Zwangsvorstellungen bestimmt wird; aber auch dann wird meist festzustellen sein, daß er nur die inhaltliche Unrichtigkeit der Vorstellungen verkennt. Nur dieser Teil der Kritik geht verloren; auch im höchsten Affekt fühlt der Kranke, daß er nicht mehr Herr seiner Gedanken ist. Und daß er diese formale Störung nicht nur beobachtet und bekämpft, sondern auch richtig beurteilt, erhellt aus der Erfahrung, daß er niemals fremde, von außen kommende Einflüsse dafür verantwortlich macht. Darin liegt dann doch wieder eine gewisse Kritik, und da sich diese gerade auf das bezieht, was wir für das Wesentliche beim Zwangsvorstellen halten, auf die Störung im Vorstellungsablauf, so werden wir ihrer bei der Definition des Symptomes gedenken müssen.

Aus diesen Erwägungen, die uns zur Anerkennung eines von Westphal ganz besonders betonten Kennzeichens geführt haben, ergibt sich zugleich die weitere Folgerung, daß Zwangsvorstellungen nur bei einigermaßen intelligenten Menschen vorkommen können. Das hat Westphal sagen wollen, als er die „übrigens intakte Intelligenz" in seine Definition aufnahm. Der Zusatz ist vielleicht entbehrlich, denn ein gewisses Urteilsvermögen ist die Voraussetzung jeder Kritik, und deshalb ist es verständlich, daß Zwangsgedanken rein niemals bei Schwach-

[1]) Wie weit Zwangsvorstellungen die Lebensführung beeinflussen können, zeigt die Beobachtung Jahrmärkers: Ein Fall von Zwangsvorstellungen. Berl. klin. Wochenschrift 1901, S. 1081.

sinnigen beobachtet werden, gerade so wie die meisten anderen psychopathischen Erscheinungen bei ihnen ein eigentümliches, eben „schwachsinniges“ Gepräge erhalten. Daß es sich dabei hirnphysiologisch vielleicht um die gleichen Vorgänge handelt, wie bei intellektuell höher stehenden Menschen, das darf unsere Nomenklatur wenigstens so lange nicht beeinflussen, als uns diese Vorgänge unbekannt sind.

Wenn wir jetzt den Versuch machen wollen, das Ergebnis unserer bisherigen Erörterungen in einer Begriffsbestimmung der Zwangsvorstellungen zusammenzufassen, so würden wir sagen müssen: „Zwangsvorstellungen sind Vorstellungen, die, ohne daß ihre durchschnittliche oder durch die Stimmung des Kranken verstärkte Gefühlsbetonung das erklärt, unter dem subjektiven Gefühl des Zwanges in das Bewußtsein treten, sich durch Willensanstrengungen nicht verscheuchen lassen und deshalb den Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, obwohl sie vom Kranken stets als ohne Grund dominierend und meist auch als inhaltlich falsch und als krankhaft entstanden erkannt werden. — Das ist die Westphalsche Definition in etwas anderer Formulierung, die vielleicht durch die Mißverständnisse gerechtfertigt werden mag, welche die ursprüngliche, inhaltlich gleichlautende Fassung erfahren hat. Aus diesem Grunde — das sei hier nachgetragen — ist auch der Zusatz fortgeblieben: „denen der Kranke mit seinem gesunden Bewußtsein gegenübersteht“. Hier wie überall ist der Doppelsinn des Wortes Bewußtsein zur Quelle zahlreicher Mißverständnisse geworden.

Daß Westphals Begriffsbestimmung, auch in dieser veränderten Gestalt, nur als Notbehelf dienen kann, um einen Zustand zu umschreiben, dessen Entstehung wir nicht kennen, das ist so selbstverständlich, daß es kaum hervorgehoben zu werden braucht. Wäre der vielbehandelte „Mechanismus“ der Zwangsvorstellungen wirklich schon erforscht, wie manche glauben, dann könnten wir freilich die negativen Kriterien, durch die diese Störung von anderen unterschieden ist, ent-

behren und durch positive ersetzen. Im übrigen sind die Grundzüge der hier vertretenen Auffassung, seit sie zum erstenmal von Westphal begründet worden ist, wiederholt von verschiedenen Autoren[1]) zur Geltung gebracht worden, die hier aus Zeitmangel nicht erwähnt werden konnten; und wie notwendig die hier durchgeführte Scheidung der infolge ihrer Gefühlsbetonung dominierenden Vorstellungen von den Zwangsvorstellungen ist, das zeigt am besten die gründliche Arbeit Kaans[2]) der als Schüler Krafft-Ebings den Begriff der Zwangsvorstellungen im allerweitesten Sinne auffaßte und sich dabei gezwungen sah, als Untergruppen zu unterscheiden: die infolge eines neurasthenischen Angstaffektes auftretenden „Zwangsvorstellungen" einerseits und den „primordialen Grübelzwang" (v. Krafft-Ebing), „eine rein formale Denkstörung, frei von jedem Affekt" andererseits. Der Versuch, beide Störungen durch einen gemeinsamen Namen zu vereinen, ist eben undurchführbar, der künstliche Rahmen, der beide umspannen soll, wird immer gesprengt werden.

Die bisher angestellten Überlegungen haben uns zu einer Auffassung von dem Wesen und der symptomatologischen Stellung der Zwangsvorstellungen geführt, die sich mit den Ansichten Carl Westphals in allen wesentlichen Punkten deckt; wir werden jetzt den Versuch machen müssen, diese Auffassung auf den allgemeineren Begriff der Zwangsvorgänge, der erst nach Westphals Tode entstanden ist, sinngemäß anzuwenden. Dabei werden wir natürlich von allen den Merkmalen der oben mitgeteilten Begriffsbestimmung absehen müssen, die ihrer Natur nach nur dem Vorstellen eigentümlich sind, wir werden aber andererseits das Kennzeichen der Zwangsgedanken auf alle Zwangserscheinungen übertragen müssen, das in dem gemeinsamen Bestandteile beider Namen zum Ausdruck gebracht

---

[1]) Vgl. namentlich Tuczek, Über Zwangsvorstellungen. Berl. klin. Wochenschrift 1899 und Mendel, Über Zwangsvorstellungen. Neur. Cbl. 1898.

[2]) Kaan, Der neurasthenische Angstaffekt bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang. Leipzig-Wien. Deuticke 1893.

ist. Diese Eigenschaft aber ist nicht etwa der Zwang schlechtweg, sondern der, der empfunden wird; und auch nicht das sukjektive Gefühl der Unfreiheit überhaupt, sondern jenes, das der Kranke als abnorm, als unmotiviert erkennt.

Welche seelischen Vorgänge sind es, die auch von diesem Gefühl, das die Zwangsvorstellungskranken zum Arzt führt, begleitet werden?

Warda hat vor kurzem mit wünschenswerter Deutlichkeit gesagt: Es hieße doch alle psychologischen und psychopathologischen Grundtatsachen verkennen, wenn man von Zwangsempfindungen, Zwangshalluzinationen und Zwangsaffekten spräche. Unseren Sinneswahrnehmungen gegenüber haben wir ja niemals das Gefühl der Freiheit, das unser Denken begleitet, und wenn wir auch lernen, unsere Affekte zu beherrschen, so können wir doch niemals einem Zwangsaffekt etwa einen willkürlich hervorgerufenen Affekt gegenüberstellen. Ich sehe nicht, wie dieser Vorwurf gegen die bisherige Entwicklung der Lehre von den Zwangsvorgängen entkräftet werden könnte; wer unsere Auffassung der Zwangsvorstellungen teilt, wird unmöglich Zwangsempfindungen und Zwangshalluzinationen für ihnen gleichwertige Symptome halten können. Von Zwangsaffekten oder gar von Zwangsstimmungen zu sprechen erscheint unter dieser Voraussetzung vollends unzulässig, und zu prüfen bleibt nur, ob es für diese Betrachtungsweise ein Zwangshandeln geben könne.

Unser Handeln imponiert uns ja normalerweise in noch höherem Grade als frei, als unser Denken, und deshalb stehen der Annahme eines Zwangshandelns nicht dieselben prinzipiellen Bedenken im Wege, welche Zwangsempfindungen und Zwangshalluzinationen als selbständige psychopathologische Begriffe unmöglich machen. Dem entspricht die klinische Erfahrung: es gibt in der Tat Kranke, bei denen zwangsmäßig Antriebe zu bestimmten Handlungen auftauchen, „die als fremdartig, als krankhaft erkannt werden, sich dem Bewußtsein mit Macht aufdrängen, den Vorstellungslauf kreuzen und hindern, und die zu lebhaften Angstaffekten führen, wenn dem Antriebe nicht nach-

gegeben wird". Hoche[1]), von dem diese Begriffsbestimmung stammt, stellt diesen Zwangsantrieben die Zwangsvorstellungen gegenüber, die ebenfalls, aber auf andere Weise, zu Handlungen führen können; der Unterschied ist dabei der, daß die Antriebe von vorneherein zu motorischen Reaktionen drängen, während die Zwangsvorstellungen das Tun nur indirekt beeinflussen, durch den Wunsch des Kranken nämlich, eine vorgestellte Situation zu beseitigen. Eine solche Handlung, also etwa das Waschen infolge der Schmutzfurcht, muß nun psychologisch gewiß anders bewertet werden, als ein in die Tat umgesetzter Zwangsantrieb. Wollen wir aber in beiden Fällen das Endergebnis als Zwangshandlung bezeichnen – und praktisch wird das nicht zu vermeiden sein, — so werden wir folgerichtig alle psychischen Vorgänge, die infolge von Zwangsvorstellungen eintreten, Zwangsvorgänge nennen dürfen. Beide Namen sind dann die eigentlich inkorrekten, aber bequemeren Abkürzungen für die umständlichen Ausdrücke: Handlungen bzw. Vorgänge infolge von Zwangsvorstellungen. Unter diesem Vorbehalte kann man dann auch von Zwangsempfindungen und Zwangshalluzinationen sprechen, indem man nämlich ganz allgemein definiert: Zwangsvorgänge sind erstens Zwangsvorstellungen und zweitens alle psychischen Vorgänge, die aus diesen unmittelbar entstehen. So würden bei allen Zwangserscheinungen Zwangsvorstellungen im Spiele sein; denn auch die Zwangsantriebe sind ja nichts anderes als Bewegungsvorstellungen, die unter dem subjektiven Gefühl des Zwanges in das Bewußtsein treten, oder kurz gesagt: sie sind Zwangsvorstellungen.

Wenn wir mit dieser Auffassung an die Aufgabe herantreten, die außerordentlich zahlreichen klinischen Einzeltatsachen kritisch zu sichten, die bei weiter Fassung des Begriffes als wesensgleich behandelt sind, so werden wir folgerichtig in jedem Falle den Nachweis der Zwangsvorstellungen verlangen müssen. Es würde dabei viel zu weit führen, wollten wir etwa alle

---

[1]) A. Hoche, Gerichtl. Psychiatrie. S. 510.

Symptome aufzählen, welche diese Probe nicht bestehen; wir werden vielmehr nur einige wenige, theoretisch und praktisch wichtige Hauptgruppen mit Hilfe dieses Maßstabes auf ihre Zugehörigkeit zu den Zwangsvorgängen untersuchen können.

Natürlich liegt es außerhalb unserer Aufgabe eine systematische Einteilung der eigentlichen Zwangsvorstellungen anzustreben, und wir können hinzufügen, daß es überhaupt ganz überflüssig erscheint, „den speziellen Inhalt der betreffenden Vorstellungen als Abgrenzungsprinzip einer besonderen Form“ zu gebrauchen.[1]) Der einzige durchgehende Unterschied, dessen Vorkommen die klinische Erfahrung täglich bestätigt, ist der, den Griesingers und Westphals Kranke illustrierten: bei diesen dominierte ein Gedanke, bei jenen wechselte der Vorstellungsinhalt beständig, und gerade das war für die Patienten das Unangenehme an ihrer „Grübelsucht“. Gemeinsam ist beiden Störungen der Zwang, die Unfähigkeit des Kranken, störende Vorstellungen zu verdrängen; das, was sie trennt, läßt sich vielleicht in der Weise formulieren, daß bei den einen die eine oder die andere Idee, bei den anderen die Vorstellungsrichtung als solche als lästig, abnorm und krankhaft empfunden wird. Befriedigend ist diese Ausdrucksweise deshalb nicht, weil auch ideenflüchtige Kranke ihre Störung oft beobachten und unangenehm vermerken; diese begriffliche Schwierigkeit entspringt aber nur der klinischen, daß nämlich die Grübelsucht und die Ideenflucht keineswegs immer leicht zu unterscheiden sind. Eine ganze Anzahl von Krankengeschichten wird von den Autoren bald in dem einen, bald in dem anderen Sinne gedeutet, und die Aufgabe, hier Grenzlinien zu ziehen, wäre gewiß eine lohnende. An dieser Stelle kann sie nur angedeutet werden.

Praktisch sehr viel wichtiger ist die Frage, welche Stellung die Phobien und die Impulse den Zwangserscheinungen gegenüber einnehmen; und nur auf diese können wir innerhalb der verfügbaren Zeit noch eingehen.

Gerade der Name Phobie hat sehr vielen und recht heterogenen Elementen Einlaß in das Gebiet der Zwangsvorgänge

---

[1]) A. Hoche, Neur. Cbl. 1897.

verschafft. Deshalb werden wir bei unserer Frage von dieser Bezeichnung, der kein einheitlicher Begriff entspricht, ganz absehen müssen, wie das übrigens schon Westphal getan hat. Dieser Autor hat, wie erwähnt, die Mysophobie als die Zwangsvorstellung, schmutzig zu sein, aufgefaßt, und wir werden diese Auffassung auf alle ähnlichen „Phobien" übertragen können. Welche das sind, das ergibt sich von selbst, wenn wir die Schutzfurcht z. B. mit der Platzangst vergleichen, die Westphal nicht hierher rechnen wollte.

Bei den Kranken, auf die sich die erste Beschreibung der Agoraphobie bezog, trat primär ein starkes Angstgefühl auf, sobald sie einen freien Platz überschreiten sollten, und es hieße den klinischen Tatsachen Gewalt antun, wollte man entgegen Westphals ausdrücklicher Darstellung sagen, die „Zwangsvorstellung" des Nichtkönnens sei dieser Angst vorausgegangen. Nun gibt es kaum einen bessern Beleg, als diesen, für die oben mitgeteilte Äußerung Wardas, daß unmöglich das subjektive Gefühl des Gezwungenwerdens für die Unterscheidung krankhafter und normaler Affekte als Merkmal dienen könne; jedes Gefühl der Angst imponiert als zwingend und, wenn wir die motivlose Platzfurcht einen Zwangsaffekt nennen wollen, dann ist nicht nur jedes neurasthenische, sondern auch das ebenso grundlose Angstgefühl im Beginn der Melancholie ein Zwangsvorgang.

Daraus folgt nicht, daß es sich bei vielen Fällen von sog. Agoraphobie nicht doch um Zwangsvorstellungen gehandelt hat. Binswanger[1]) hat diese Beobachtungen kritisch geordnet und dabei ausdrücklich festgestellt, daß außer den Intentionspsychosen[2]) und dem Platzschwindel[3]) auch Zwangsvorstellungen

---

[1]) Binswanger, Agoraphobie, Eulenburgs Realenzyklopädie und D. Pathol. u. Therap. d. Neurasthenie. Jena, G. Fischer, 1896 S. 129.

[2]) L. Meyer (Über Intentionspsychosen, Arch. f. Psych. XX. 1889 S. 1) hat auf diese zuerst in diesem Zusammenhange hingewiesen.

[3]) Bekanntlich hatte Benedict (Allg. Wien. Med. Ztg. 1870 Nr. 40) vor Westphal über den „Platzschwindel" gehandelt, und wir werden heute sagen müssen, daß Westphal ihm mit Unrecht eine falsche Deutung seiner Beobachtungen vorgeworfen hat. Auch der von

denselben äußeren Erfolg haben können, wie die von Westphal beschriebene Störung, deren psychologische Sonderstellung durch diese zufällige Ähnlichkeit natürlich nicht berührt wird.

Es ist nicht zu hoffen, daß die Bezeichnung Phobie, die einen einheitlichen, bestimmten Inhalt eigentlich nie gehabt hat, ihn noch einmal durch Verabredung erhalten wird; gerade deshalb aber darf bei den Versuchen, die psychischen Zwangszustände zu gruppieren, nicht gerade dieses inhaltlose Wort einer ganzen Reihe von zufällig zusammengeworfenen Symptomen zur Legitimation dienen; es besitzen ja nur wenige von ihnen die Eigenschaften, auf Grund derer sie alle hier eingeordnet zu werden pflegen.

Die gleiche Vorsicht erfordert der Gebrauch des Wortes „Zwangshandlung", dessen Bedeutung wir vorhin ausführlich erörtert haben; auch diese Bezeichnung umfaßt, sobald sie anders als im Sinne der oben gegebenen Definition gebraucht wird, verschiedenartige Störungen und, was vor allem die Lehre von den Zwangsvorgängen in ihrer Entwicklung gestört hat, der Begriff verliert dann gerade die Merkmale, die eine Abgrenzung von den impulsiven Handlungen erlauben. Die Unterscheidung von Impulsen und Zwangshandlungen ist, obwohl beide klinisch eigentlich niemand gleichstellt, theoretisch immer daran gescheitert, daß man vielfach den Zwangshandlungen das Kriterium aller Zwangsvorgänge aberkannt hat, das neben dem subjektiven Zwang das wesentlichste ist: die Einsicht in das Krankhafte der Erscheinung, die objektive Stellung des Patienten zu den Zwangsantrieben. Man führt dann meist als scheinbar bündigen Beweisgrund für diese Ansicht den an, daß die Handlung doch nur durch die Abwesenheit der Kritik zu erklären sei; auf der anderen Seite haben wir aber gesehen, daß das subjektive Gefühl des Gezwungenwerdens allein ohne eine gewisse Kritik das Wesen der Zwangsvorgänge nicht erschöpft. Schon oben wurde angedeutet, daß die ganze Schwierigkeit aus einer falschen Fragestellung entstanden ist: gewiß hat, wer aus

---

Benedict beschriebene Hergang ist durch spätere klinische Erfahrungen bestätigt worden.

Zwangsvorstellungen handelt, nicht dieselbe Kritik, wie sein Arzt z. B.; in Wahrheit aber zweifelt doch niemand daran, daß diese meist sehr harmlosen Handlungen, die noch dazu da, wo die Situation es erfordert, fast stets unterbleiben, nicht entfernt dieselbe Einsichtslosigkeit zur Voraussetzung haben, wie etwa das durch Wahnvorstellungen oder durch Impulse bedingte Tun. Sie werden eben nur durch die Erfahrung des Kranken bestimmt, daß die von ihm beobachtete formale Störung mit ihrer lästigsten Folge, der Angst, durch die Ausführung des Antriebes coupiert werden kann. Bei den Impulsen ist der Hergang ein ganz anderer, bei den Störungen, die unter diesem Namen zusammen behandelt zu werden pflegen, fehlt, wie Hoche[1]) es ausdrückt, „das Gefühl des wider Willen und besseres Wissen Gezwungenwerdens", „der psychisch schmerzhafte Kampf der Motive mit zweifelhaftem Ausgang"; mit anderen Worten, bei ihnen wird auch die prinzipiell wichtigste Eigenschaft der Zwangsvorgänge vermißt: die subjektive Natur des Zwanges. Wohin aber der Verzicht auf dieses Merkmal führt, zeigt die nicht einmal vollständige Aufzählung der Störungen, die, wie wir oben sahen, alle Zwangshandlungen genannt worden sind.

Damit wären die allgemeinen Grenzlinien gezogen, die nach unserer Auffassung die psychischen Zwangszustände von anderen psychopathologischen Erscheinungen prinzipiell trennen; wir werden jetzt zusehen müssen, ob sich unsere Ergebnisse nicht doch bestimmten klinischen Tatsachen oder gewissen theoretischen Erwägungen gegenüber als unrichtig oder wenigstens als zu einseitig erweisen. Würde der Begriff der psychischen Zwangszustände in anderer, etwa in weiterer Fassung, einem wohl abgegrenzten klinischen Krankheitsbilde entsprechen, so würde uns das gegen unsere Resultate ebenso mißtrauisch machen müssen, als wenn eine andere Gruppierung der Symptome in höherem Maße gestattete, die Zusammengehörigkeit dieser Krankheitserscheinungen durch den Nachweis einer gleichartigen Entstehung zu erhärten. Deshalb

---

[1]) Handbuch, S. 503.

müssen wir die Frage nach der Theorie und die nach dem Vorkommen der Zwangserscheinungen erörtern, ehe unsere Aufgabe als gelöst betrachtet werden kann.

Es bedarf keines Beweises, daß das Interesse, das zahlreiche Autoren gerade der Entstehung der Zwangsvorgänge zugewendet haben, der Psychologie die weitgehendste Förderung gebracht hat; manche scharfsinnige psychologische Analyse, viele feine Beobachtungen verdanken wir diesen Arbeiten, deren Bedeutung wir innerhalb des Rahmens dieses Referates unmöglich auch nur annähernd gerecht werden können. Aber gerade diese Theorien, so geistvoll viele von ihnen an sich sind, beweisen allein durch ihre Zahl und, weil fast keine mit einer anderen übereinstimmt, daß wir von einer wirklichen Kenntnis der Zwangszustände noch weit entfernt sind.

Freilich werden wir eine einheitliche Erklärung nicht erwarten können, solange selbst über den Tatbestand keine Einigung erzielt ist, und wer wie Löwenfeld fast alles, was je so genannt wurde, als Zwangssymptom anerkennt, wird notwendig mehrere Ursachen für diese Vorgänge verantwortlich machen müssen. Die Zwangserscheinungen zerfallen dann in Untergruppen, deren jede eine andere Entstehung besitzt, eine andere „Theorie“ erfordert.

So spiegelt sich ganz naturgemäß in den Erörterungen über diese Fragen der Zwiespalt wider, den wir in der Lehre von den Zwangsvorgängen durch alle Phasen ihrer Entwicklung verfolgen konnten, und historische Gründe machen zum wichtigsten Streitpunkt den, ob diese Vorgänge auf emotiver Grundlage entstehen oder nicht. Wer Krafft-Ebings Fälle im Sinne hat, muß das annehmen, Westphals Schüler dagegen haben diese Entstehung fast alle geleugnet. Allerdings hat Jastrowitz[1]) schon in der Diskussion, die sich an Westphals Vortrag anschloß, eine allgemeine emotive Grundlage der Zwangsvorstellungen behauptet; er meinte damit aber nur, daß wie alle Momente,[2]) die einen Erregungszustand des Gehirns

---

[1]) Arch. f. Psych. VIII. 1878. S. 750 u. 755.

[2]) Als solche Momente führte Jastrowitz z. B. Alkoholgenuß und Nachtwachen an.

herbeiführen, so auch Gemütsbewegungen und Verstimmungen dieses Symptom hervorrufen können, und betonte ausdrücklich, daß von einem eigentlichen Verständnis des Leidens damals keine Rede sein konnte. In derselben Sitzung hat sich Westphal, leider vergeblich, bemüht, ein Mißverständnis zu beseitigen, das seither dauernd die Verständigung gehindert hat: er wollte weder den Vorstellungen, die zwangsmäßig ins Bewußtsein treten, jeden Gefühlston absprechen, noch bestreiten, daß diese Gedanken auch einmal infolge einer Gemütsbewegung eintreten können; dagegen sollte daran festgehalten werden, „daß die erste krankhafte Erscheinung eine aufsteigende, primäre Vorstellung“[1]) und der Affekt etwas Sekundäres sei.

Wenn wir die Beobachtungen, aus denen Westphal das schloß, nicht als solche anzweifeln wollen, — und das ist meines Wissens doch niemals geschehen — so werden wir uns auch diese Auffassung zu eigen machen müssen; und damit ist schon gesagt, daß es außerhalb unserer Aufgabe liegt, zu den Theorien Stellung zu nehmen, die das Dominieren bestimmter Vorstellungen aus einer Stimmungsanomalie oder aus einer abnormen Gefühlsbetonung dieser Ideen erklären wollen. Auf die Fälle, von denen wir ausgegangen sind, läßt sich ohne Künstelei keine von diesen Hypothesen anwenden, und gerade das ist der beste Beweis für ihre Eigenart.

Daran ist, glaube ich, auch der Versuch Friedmanns gescheitert, der vor einigen Jahren die Zwangsvorgänge aus den psychologischen Eigentümlichkeiten der „abschlußunfähigen“ Vorstellungen (der Sorge, des Zweifels etc.) erklären wollte; diese scharfsinnige Analyse besteht an sich gewiß auch heute noch zu Recht, und sie erklärt vieles von dem, was die Franzosen z. B. Obsessions nennen, und alles, was Krafft-Ebing

---

[1]) Die Bezeichnung: „Abortivform der Verrücktheit,“ die W. vorschlug, sollte die Analogie zu der Entstehung der Wahnideen hervorheben. Der Name hat sich — von einigen italienischen Arbeiten abgesehen — nicht eingebürgert und jetzt nach 28 Jahren brauchen wir wohl nicht mehr zu untersuchen, ob er glücklich gewählt war. Erwähnt sei nur, daß Meynert die Auffassung, die ihn schaffen ließ, bekämpft, Mendel sie ausdrücklich für richtig erklärt hat.

als Zwangsvorstellungen bezeichnet hat; nur Westphals und Griesingers Fälle erklärt sie nicht. Denn in diesen handelte es sich nicht um die Folgen eines Affektes und nicht um die Intensitätsteigerung einer Idee, sondern, wie Friedmann[1]) selbst es ausdrückt: um rein mechanische, assoziative Reizungen; Westphal hatte deshalb, einfacher, von einer primären „Störung der Denktätigkeit" gesprochen. Diese beruht nicht auf der Abschlußunfähigkeit bestimmter Vorstellungen und kann deshalb durch jene Theorie nicht erklärt werden. Wenn nun Friedmann[2]) heute das allen Zwangserscheinungen (bei weiter Fassung des Begriffes) gemeinsame Moment in einer „Störung und Hemmung der assoziativen Tätigkeit" sieht, so ist das gewiß richtig; es ist zuzugeben, daß diese Formel für Westphals und für Krafft-Ebings Fälle in gleicher Weise zutrifft; sie gilt aber auch für alle wahnhaften und überwertigen Ideen, die von starken Gefühlen betont sind, und darin liegt ihre Schwäche. Die Störung der Denktätigkeit[3]) trat bei Griesingers und Westphals Fällen selbständig, primär auf, überall sonst[4]) bildet sie nur die zufällig gleiche Folge verschiedener Ursachen.

Überhaupt müssen dieser formalen Unregelmäßigkeit gegenüber ganz naturgemäß alle Erklärungsversuche versagen, die sich mit der Intensitätssteigerung bestimmter Vorstellungen befassen und nicht mit dem psychischen Allgemeinzustande der Kranken; die Ideen an sich brauchen beim Zwangsvorstellen gar nichts Pathologisches zu enthalten, weder ihrem Inhalt noch ihrem Gefühlstone nach; abnorm ist zunächst nur das Auftreten, der Ablauf dieser Gedanken. Darum kommen für uns nur die Theorien ernstlich in Betracht, die sich mit jener Funktion des Seelenlebens beschäftigen, die den Gedankenablauf regelt. Auf diese Theorien näher einzugehen liegt allerdings auch außerhalb unserer Aufgabe; für unsere Zwecke genügt die

---

[1]) Cbl. f. Nervenheilkde. 1904, S. 516.
[2]) l. c. und ibidem 1905, S. 409.
[3]) Reaktion d. Unzulänglichkeit. Friedmann.
[4]) Mit Ausnahme der autochthonen Ideen.

Feststellung, daß sie alle,[1]) auch die von Friedmann und die von Janet, auf den Versuch hinauslaufen, das Zwangsvorstellen auf eine Aufmerksamkeits- oder auf eine Willensstörung zurückzuführen. Die Verschiedenheit dieser Ansichten im einzelnen beruht weniger auf einer verschiedenen Beurteilung des Vorganges als auf den Differenzen in den psychologisehen Grundanschauungen der betreffenden Forscher, und daran liegt es wohl zum Teil, wenn dieses wichtige Problem auch durch die Forschungen der letzten Jahre noch zu keinem endgültigen Abschluß gebracht ist; eine psychologische Analyse etwa der Art, wie sie Liepmann für die Ideenflucht durchgeführt hat, bleibt noch für die Zukunft zu erhoffen. Schon heute aber — das sei hier wiederholt — kann gesagt werden, daß jede derartige Untersuchung, zu welchem Ergebnis sie sonst führen mag, die Sonderstellung des in Westphals Definition geschilderten Tatbestandes unzweideutig erweisen wird.

Führen somit alle Überlegungen, die den psychologischen Hergang bei der Entstehung des Zwangsvorstellens klären sollten, zu der Forderung, den Begriff der Zwangsvorgänge möglichst eng zu fassen, so scheinen die Hypothesen, die den diesem Symptom zugrunde liegenden Gehirnzustand im Auge haben, das Gegenteil zu beweisen. Es ist selbstverständlich, daß beide Auffassungen nebeneinander bestehen, sich nicht ausschließen, es ist aber außerdem sicher, daß bei dem heutigen Stande unseres Wissens die physiologische Betrachtungsweise weniger geeignet ist, die Abgrenzung einzelner Symptome zu fördern, als die psychologische. Wenn diese Arbeiten, soweit sie nicht die Grenzen des Beweisbaren überhaupt verlassen haben,[2]) fast alle in der „reizbaren Schwäche" der Gehirn-

---

[1]) Salomon, Arch. f. Psych. 1878. — Buccola, Riv. sper. di frn. 1880. — Tamburini, Riv. sper. di frn. 1883. — Friedenreich, Ref. N. Cbl. 1887. — Raymond et Arnaud, Anm. méd.-psych. 1892, VII série, t. 16. — Sollier, Ref. Ztschr. f. Hypn. VIII. 1896. — Gadelius, Lund 1896. Ref. N. Cbl. 97. — Janet et Raymond, l. c. — Vgl. auch Friedmann l. c.

[2]) Dahin gehört z. B. die Annahme einer zerebralen Hyperämie (Berger).

rinde, wie sie auch im einzelnen Falle genannt sein mag, die Ursache der Zwangsvorgänge sehen, so gilt diese Erklärung natürlich ebensowohl für das Zwangsdenken, wie für die Phobien und die Impulse; sie ist aber gerade deshalb als Abgrenzungsprinzip nicht brauchbar, weil sie viel zu allgemein gehalten ist und eigentlich nichts umschreibt, als eine allgemeine Disposition zu nervösen Erkrankungen überhaupt.

Es handelt sich eben bei dieser Erklärung gar nicht mehr um eine Symptomanalyse, sondern um die Aufstellung einer klinischen Krankheitsform. Die Schwierigkeiten, die einer symptomatologischen Abgrenzung der Zwangszustände entgegenstehen, haben ja von jeher zu Versuchen geführt, eine Zwangsvorstellungskrankheit zu schaffen, die ausschließlich aus Zwangssymptomen bestehen sollte. Einen großen sachlichen Fortschritt, den diese Richtung gebracht hat, verdanken wir bekanntlich Magnan[1]), der die Obsessions als eine der Formen der ererbten Entartung dargestellt hat; in Deutschland hat Koch in den psychopathischen Minderwertigkeiten[2]) ähnliche Ansichten vertreten und namentlich auf das periodische Auftreten aller dieser Krankheitsäußernngen hingewiesen. Im übrigen aber sind alle Versuche, den psychischen Gesamtzustand der an Zwangsvorstellungen Leidenden zu beschreiben, auf eine Schilderung der Neurasthenie hinausgelaufen, und die Verquickung der ererbten Nervosität und der erworbenen nervösen Erschöpfung, die sich hinter diesem Namen verbirgt, hat hier wie anderswo eine Einigung der Autoren unmöglich gemacht. Die Absicht, darin Ordnung zu schaffen, hat dann jedesmal zur Einführung eines neuen Namens (zerebrale Neurasthenie, Zerebrasthenie, Psychoneurasthenie, Psychasthenie, Phrenolepsie) Veranlassung gegeben, eine scharfe Abgrenzung ist aber niemals (auch durch die wertvolle Arbeit Janets nicht) gelungen. Wir werden daraus im Sinne der meisten Autoren

---

[1]) l. c.

[2]) 1891. Ravensburg und Cbl. f. Nervenheilkunde. 1896.

[3]) Vgl. namentlich Binswanger l. c.

schließen dürfen, daß die Zwangserscheinungen am häufigsten bei Entarteten vorkommen, daß aber auch die erworbene nervöse Erschöpfung ihrem Auftreten den Boden ebnen könne. Schon Westphal wußte ja, daß unter der Einwirkung bestimmter Schädlichkeiten auch bei sonst Gesunden Zwangsvorstellungen vorkommen.[1]) Damit entfällt für uns freilich die Möglichkeit, der klinischen Systematik ein Abgrenzungsprinzip zu entnehmen, das den Begriff der Zwangsvorgänge auszudehnen oder einzuschränken erlaubte; denn gerade bei der hereditären, konstitutionellen Nervosität und bei der erworbenen Neurasthenie können wohl bestimmte Symptomgruppen einmal das Bild beherrschen, eine genaue Untersuchung wird aber stets noch andere Krankheitszeichen außer ihnen aufdecken.

Deshalb wird man auch nicht gut von Zwangsvorstellungsneurosen und -psychosen oder, wie Donath[2]), von einer besonderen Krankheitsform des „Anankasmus" sprechen dürfen. Immerhin sind diese Namen an sich unbedenklich und ihre Anwendung ist mehr Sache des didaktischen Bedürfnisses als der Überzeugung. Eine ganz andere Beurteilung dagegen erfordern die Versuche von Freud[3]) und seinen Anhängern[4]), die Existenz einer „Zwangsneurose" auf Grund der hinreichend bekannten[5]) Hypothese zu beweisen, nach der alle Zwangsvorstellungen aus „verdrängten" Vorwürfen sexuellen Inhalts entstehen sollen. Freud wird seinen Gegnern stets vorwerfen können, ihre ablehnende Stellung beruhe auf der Unkenntnis seiner kathartischen Methode; denn zum Glück haben sich doch nur wenige entschlossen, nach seinem Vorgange die Kranken auszufragen; im übrigen teilt diese Hypo-

---

[1]) Vgl. E. Mendel l. c.: Physiologische Zwangsvorstellungen.

[2]) Arch. f. Psych. XXIX. S. 211.

[3]) Neur. Cbl. 1894, 1895, 1896. Wien. klinische Rundschau 1895 und Löwenfelds Monographie S. 545.

[4]) Warda, Monatsschrift f. Psych. XII. 1903, S. 4 und Arch. f. Psych. 1905. Hartenberg, vgl. Neur. Cbl. 1901 S. 428. Strohmayer, Cbl. f. Nervenheilkunde 1903. Luzenberger, vgl. Neur. Cbl. 1897.

[5]) Löwenfeld ist der Meinung, Freuds Ansichten seien zu wenig beachtet worden (l. c. S. 978); das ist, wie Friedmann schon hervorgehoben hat, doch wohl nicht richtig.

these das Schicksal von vielen andern: man kann sie nicht mit Gründen bekämpfen, weil ihr gar keine wissenschaftlichen Tatsachen zugrunde liegen, an die man sich halten könnte. Zu welchen Spielereien aber diese ganze Betrachtungsweise, die doch seit Riegers[1]) vernichtender Kritik als verkehrt erwiesen sein sollte, führt, dafür haben wir gerade in der letzten Zeit ein beweisendes Beispiel[2]) erlebt.

Wir sahen oben, daß wir von einer so genauen Kenntnis von dem Wesen der Zwangsvorgänge, wie sie Freuds Hypothese voraussetzt, in Wahrheit noch weit entfernt sind; wir würden jetzt noch zu prüfen haben, ob die Entwicklung, die diese Symptome im Verlaufe der Krankheit durchzumachen pflegen, überhaupt keinerlei bekannten Gesetzen unterworfen ist, wie das gelegentlich behauptet wird. Es sind namentlich zwei Fragen, die in diesem Zusammenhange am häufigsten aufgeworfen werden, und deren Beantwortung für die Beurteilung der Zusammengehörigkeit dieser Symptome nicht gleichgültig ist. Die eine hat uns bereits beschäftigt, es ist die, ob Zwangsvorstellungen zu Halluzinationen Veranlassung geben können. Sie darf heute als im positiven Sinne entschieden gelten; die klinische Erfahrung bestätigt das Vorkommen von Sinnestäuschungen infolge des Zwangsvorstellens und in dem Hinweis von Pick[3]), daß allen Erinnerungsbildern eine sinnliche Komponente eigen sei, die bei starker Betonung der Vorstellung (im Affekt) selbständig und plastisch deutlich würde, dürfen wir wohl eine brauchbare Hypothese zur Erklärung dieser Erscheinungen erblicken.

Praktisch wichtiger ist die Entscheidung der anderen Frage, die den Übergang von Zwangsvorstellungen in Wahnideen betrifft. Daß die Zwangsvorstellungen, die Krafft-Ebing meinte, zu fixierten, unkorrigierbaren Irrtümern führen, zu Wahnvorstellungen werden, das wird täglich beobachtet; die

---

[1]) Rieger, Über die Behandlung Nervenkranker. Schmidts Jahrbücher CCLI. S. 196.

[2]) Adler, Psych. neur. Wochenschrift, 1905 Nr. 28.

[3]) l. c.

von Westphal beschriebene Störung aber kann gar nicht in Wahnideen „übergehen"; für diese Fälle ist, wie Heilbronner[1]) betont hat, die Frage falsch gestellt und deshalb nicht diskutabel; denn ihr Wesen liegt nicht in der inhaltlichen Verfälschung einer Idee, sondern in der formalen Anomalie des Zwangsvorstellens. Die klinischen Tatsachen, die wir durch Wille, Heilbronner, Warda und andere Autoren kennen gelernt haben, widersprechen dieser theoretischen Annahme durchaus nicht; denn sie zeigen nur, einmal daß auch Wahnvorstellungen den Inhalt der Zwangsgedanken bilden können, und ferner daß gelegentlich auch sonst im Beginn schwerer Psychosen Zwangsideen vorkommen und zunächst das Krankheitsbild beherrschen. Immerhin ist das wohl ein ziemlich ungewöhnliches Ereignis, im allgemeinen wird dieses Symptom in der Anamnese von Geisteskranken nicht gerade häufig vermerkt. Umgekehrt geht die gelegentlich aufgestellte Behauptung, Zwangsvorstellungskranke würden nicht geisteskrank, doch wohl zu weit; nachdem wir in diesem Symptom ein Zeichen der ererbten Entartung kennen gelernt haben, haben wir allen Grund, dieser Auffassung mit Mißtrauen zu begegnen.

Ob es sich in den anscheinend nicht ganz seltenen Fällen, in denen ein Depressionszustand im Anschluß an quälende Zwangsvorstellungen eintritt, um eine besondere Krankheitsform handelt, und ob der Zusammenhang dabei überhaupt immer ein ursächlicher ist, das kann heute wohl noch nicht entschieden werden. Vielleicht ist der Weg, der in dieser Frage zum Ziele führen wird, der, den Friedmann in seiner Arbeit über die neurasthenische Melancholie[2]) eingeschlagen hat. Auf dieses Problem näher einzugehen, gehört nicht zu meiner heutigen Aufgabe.

Diese kurzen Erörterungen über die Theorie, das Vorkommen und den Verlauf der Zwangserscheinungen, die in ihrer Unvollständigkeit und Kürze dem allgemeinen Interesse

---

[1]) l. c.

[2]) Monatsschr. f. Psych. XV. 1904.

dieser Fragen sehr wenig entsprechen, sind überhaupt nur aus der Absicht hervorgegangen, wenn möglich, neue und brauchbare Gesichtspunkte für die Abgrenzung dieser Symptome zu gewinnen. Das Endergebnis aber enthält nichts, was das Resultat der vorher durchgeführten Symptomanalyse erschüttern könnte; im Gegenteil, die Tatsache, daß die Zwangsgedanken Westphals so gut wie nie zur Wahnbildung Anlaß geben, ist ganz besonders geeignet, die Trennung von den übrigen dominierenden Vorstellungen zu rechtfertigen.

So wäre das Ergebnis dieses Referates im wesentlichen eine Bestätigung der Ansichten, die Westphal vor bald 30 Jahren in seinem Vortrage begründet hat. Die großen Fortschritte, die seitdem erreicht sind, werden dadurch in ihrer Bedeutung nur scheinbar angezweifelt; nur das Mißverständnis sollte beseitigt werden, das durch die ungerechtfertigte Verwendung des Wortes „Zwangsvorgänge" in diese Arbeiten hineingetragen worden ist. Ob sich unter bestimmten Gesichtspunkten, die für uns nicht maßgebend sein konnten, dauernd alles als zusammengehörig erweisen wird, was man in Frankreich unter der Bezeichnung Obsessions zusammenfaßt, stand hier nicht zur Entscheidung; sollte es aber der Fall sein — und Magnans Beweisführung macht das wahrscheinlich —, so wäre es sicher zweckmäßiger, nach dem Vorgange von Moebius das Wort „Besessenheit" in die deutsche psychiatrische Sprache zu übernehmen, als etwa für die von Westphal geschilderte Störung einen neuen Namen zu erfinden. Jede Nomenklatur ist ja Sache der Konvention, aber keine darf Ungleichartiges in eine rein äußerliche Beziehung bringen und sachlich begründete Unterscheidungsmerkmale verwischen oder beseitigen.

Anfang 1906 trat die

Medizinische Woche

in ihren **VII. Jahrgang** ein.

Durch Ärzte begründet und bisher betrieben, wurde dieselbe am Ende 1905 von dem in ärztlichen Kreisen wohlbekannten **Verlage von Carl Marhold in Halle a. S.** übernommen. Die sechs Jahre des Bestehens haben die von den Begründern ins Auge gefaßten Ideen zur Ausführung bringen lassen. Es galt ein Blatt zu schaffen, welches **dem praktischen Arzt nur das bieten sollte, was ihn befähigt, im Drange seiner täglichen Praxis mit der Wissenschaft in Fühlung zu bleiben und sich bei ihrem stetigen Fortschreiten auf der Höhe zu halten.** Es ist von vornherein Abstand genommen worden, langatmige theoretische Abhandlungen aufzunehmen, vielmehr hat jede Nummer einen oder **zwei Originalartikel aus der Praxis für die Praxis** gebracht. Die medizinischen Gesellschaften deutscher Städte, die Wanderversammlungen der Fachkollegen haben eine denkbar concise und für den Praktiker nützliche Berichterstattung erfahren. In freier Form wurden Überblicke über Sondergebiete veröffentlicht, die geeignet erschienen, die Fortschritte in Gestalt eines Gesamtbildes dem Leser vor Augen zu führen.

In einer dem Hauptblatt angegliederten Beilage **„Therapeutische Neuheiten“** und **„Fortschritte der Diagnostik“** wurde sowohl dem Bedürfnis nach Kenntnis des neuen sich immer mehr entwickelnden **Instrumentariums** Rechnung getragen, als auch den Veröffentlichungen eine Stätte geschaffen, die auf die weiteren Ausgestaltungen des diagnostischen Apparates bezug haben.

Vermischte Notizen, **Familiennachrichten** sowie **Stellengesuche** und **Vakanzen** ergänzen in erwünschter Form den Inhalt des Hauptblattes, welcher sich gegenüber allen anderen medizinischen Zeitschriften durch ein regelmäßig erscheinendes **Feuilleton** auszeichnet. Dies Feuilleton beschränkt sich nicht allein auf die medizinischen Gebiete, sondern streift die Gebiete der Medizin-Geschichte, der sozialen Medizin, der **ärztlichen Standesfragen** und gibt neben einem nützlichen Unterhaltungsstoff aus verwandten Gebieten vielerlei Anregungen.

Als **ständige Beilage** erscheint seit Begründung die

„Balneologische Centralzeitung“.

Als offizielles Organ zahlreicher Bäderverbände, ist es das einzige Blatt, welches der Balneologie im wissenschaftlichen Sinne dient, welches das schätzenswerte Material langjähriger Erfahrungen der Balneologen und Badeärzte in Originalartikeln wiedergibt und welches den Verkehr zwischen den praktischen Ärzten und den Bädern einerseits und zwischen den Bädern unter sich andererseits vermittelt. Fern von irgend welchen besonderen Interessensphären hat die „B. C. Z.“ sich des allgemeinen Interesses erfreuen können und dürfte auch in Zukunft bei der immer mehr und mehr zunehmenden Bedeutung der Bäderkunde ihre Zwecke in hervorragender Weise erfüllen.

Hauptgrundsatz soll wie bisher bleiben: Nur wahrhaft **Praktisches und Erprobtes** dem Leser zu bieten, dieses Praktische aber auch in eine Form zu kleiden, die es dem Leser leicht macht, sich zurecht zu finden, die ihm die Lektüre nicht zu zeitraubend und doch erholend und anregend gestaltet.

Es ist zunächst ein lang gehegter Wunsch berücksichtigt worden, das Papier der Zeitschrift zu verbessern, den Satz übersichtlicher zu gestalten und der Berichterstattung über die **Neuerscheinungen der periodischen Fachliteratur** einen breiteren Raum wie bisher zu geben. Es sollen alle größeren, bedeutenderen medizinischen Zeitschriften übersichtlich und kurz referiert werden und zwar in der Weise, daß auch hier wiederum **nur dasjenige** zur Besprechung kommt, was **für den praktischen Arzt besonderes Interesse** hat. Der Leser soll gleichsam eine sichere Literaturübersicht erhalten, die ihn auf dem Fortlaufenden hält und ihm das Lesen vieler Fachzeitschriften und die teueren Abonnements zugleich erspart.

Verlag und Redaktion sind allen Anregungen aus Leserkreisen von Herzen dankbar und werden sich bemühen, immer mehr und mehr den Wünschen der Leser gerecht zu werden. Die stattliche Zahl hervorragender Kliniker, welche die **„Medizinische Woche“** als Herausgeber zeichnen, geben die Gewähr für die Gediegenheit der in der Zeitschrift zur Veröffentlichung gelangenden Aufsätze und für das rastlose und ehrliche Bestreben, in dem gedachten Sinne weiter und weiter fortzuschreiten.

Um in den Beiträgen sowohl wie in der Ausstattung größere Mittel anwenden zu können, als das bisher möglich war, hat sich der Verlag entschlossen, den **Abonnementspreis auf Mk. 10,—** zu erhöhen in der sicheren Annahme, daß ein dem praktischen Arzte wirklich nützliches und dienendes Blatt dieses an sich geringe Geldopfer wohl gerechtfertigt erscheinen läßt, zumal damit die **„Medizinische Woche“ noch weit unter dem Abonnementspreise der anderen Zeitschriften** zurückbleibt.

Indem wir uns der Hoffnung hingeben, daß das bisher der **„Medizinische Woche“** entgegengebrachte rege Interesse auch in Zukunft derselben erhalten bleiben möge, bitten wir alle Interessenten, unsere Bestrebungen unterstützen zu wollen und uns Beiträge einzusenden, welche als Resultate der praktischen Erfahrungen den anderen Kollegen nützlich und dienlich sein können, da wir den Wunsch hegen, in unserem Blatte eine Stätte der Aussprache zwischen den Praktikern zu bilden, geeignet fördernd zu wirken und die den Ärzten vorschwebenden Ziele der Weiterbildung in unserer Wissenschaft zu erreichen.

Redaktion und Verlag der Medizinischen Woche.

C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 03584 2585

